

Formulario de inscripción

Información de los niños y los padres

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento del niño:

Dirección del niño:

Nombre de la madre:

Dirección y código postal de la madre:

Número de teléfono celular de la madre y proveedor (para mensajes de guardería):

La madre es empleada por:

Teléfono de trabajo de la madre:

Número de licencia de conducir de la madre:

Últimos 4 dígitos de la Seguridad Social de la madre (seguridad de llamadas telefónicas):

Correo electrónico de la madre:

Nombre del Padre:

Dirección y código postal del padre:

Número de teléfono celular y proveedor del padre (para mensajes de texto de guardería):

El padre es empleado por:

Teléfono del trabajo del padre:

Número de licencia de conducir del padre:

Últimos 4 dígitos del Padre de la Seguridad Social (Llamada telefónica de la Seguridad):

Correo electrónico del padre:

Información de emergencia

Persona a la que llamar en caso de emergencia si no se puede contactar a los padres/tutores:

Número de teléfono:

Relación:

Por la presente, autorizo a la guardería a entregar a mi hijo a las siguientes personas. Incluya nombres y números de teléfono:

Fecha de Admisión/Baja:

Horas y días en que el niño estará bajo cuidado:

Haga una lista de cualquier problema especial que su hijo pueda tener, como alergias, intolerancias alimentarias, enfermedades existentes, enfermedades graves previas, lesiones durante los últimos 12 meses, limitaciones o restricciones en las actividades del niño, cualquier medicamento recetado para uso continuo a largo plazo, adaptaciones o modificaciones razonables, equipo de adaptación, síntomas o indicaciones de complicaciones, y cualquier otra información que el personal deba conocer:

AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA: En el caso de que no pueda ser contactado para hacer arreglos para la atención médica de emergencia, autorizo al director del centro o a la persona a cargo a llevar a mi hijo a:

Nombre del médico u hospital:

Dirección:

Número de teléfono:

Doy mi consentimiento para el tratamiento de emergencia necesario cuando mi hijo está bajo el cuidado de este médico y/o hospital/clínica.

Firma:

Fecha:

Vacunas

REQUISITO DE ADMISIÓN: Se debe presentar uno de los siguientes documentos cuando su hijo en edad preescolar sea admitido en el centro de cuidado diurno o dentro de una semana de la admisión. Marque para indicar la opción que seleccione:

Declaración del médico: He examinado al niño mencionado anteriormente en el último año y descubro que él/ella es físicamente capaz de participar en el programa de cuidado diurno

Una copia del formulario de evaluación médica del Programa de Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés) SI no se indica una derivación para un diagnóstico y tratamiento adicionales.

Un formulario o declaración escrita de un servicio de salud o clínica.

Si no tienes ninguno de los anteriores:

Declaración de los padres: Mi hijo ha sido examinado en el último año por un médico con licencia y puede participar en el programa de cuidado diurno:

Nombre y dirección del médico o dirección del sitio de detección de EPSDT:

Dentro de los próximos 12 meses, obtendré una declaración del médico, una copia del formulario de evaluación médica del Programa EPSDT o un formulario o declaración de un servicio de salud o clínica y lo enviaré al centro de atención diurna. **O**

Mi hijo tiene una cita para un examen físico:

Fecha, nombre y dirección del médico o del centro de evaluación de EPSDT

Firma:

Niños en edad escolar (asiste a una escuela pública): El registro de vacunación de mi hijo está archivado en la escuela y todos los resultados de las vacunas y las pruebas de tuberculosis están actualizados. Firma: padre o tutor legal

Nombre de la escuela:

Número de teléfono de la escuela:

Firma:

Fecha:

NOTA: Si el diagnóstico y tratamiento médico y/o las vacunas y las pruebas de tuberculosis entran en conflicto con sus creencias religiosas, debe firmar una declaración jurada a tal efecto y adjuntarla a este formulario. Si la inmunización y/o las pruebas de tuberculosis fueran perjudiciales para su hijo o su familia, debe obtener un certificado (firmado por un médico) a tal efecto y adjuntarlo a este formulario.

TRANSPORTE:

Por la presente, doy no doy mi consentimiento para que mi hijo sea transportado y supervisado por el personal del centro: En excursiones hacia y desde casa hacia y desde la escuela Para atención de emergencia

ACTIVIDADES ACUÁTICAS:

Por la presente, doy no doy mi consentimiento para que mi hijo participe en las siguientes actividades acuáticas: juego de mesa de agua juego de aspersores parque acuático

NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: Mi hijo/a asiste:

Nombre de la escuela:

Reconocimiento de los padres

Acuso recibo del "Manual para Padres" de THREE R'SCHOOL. Esto incluye las Políticas Operativas.

Firma:

Fecha:

Three R's School

Plan de Emergencia para Alergias Alimentarias

Nombre del niño: _____

Fecha de inscripción: _____

Alergias alimentarias diagnosticadas:

Síntomas de la exposición a alergias alimentarias:

Pasos a seguir si el niño presenta síntomas de una reacción alérgica: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Número de teléfono de los padres:

Dirección y número de teléfono del profesional de la salud:

Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas

Cuestionario de tuberculosis (TB) para niños

Nombre del niño o niña _____ Fecha de Nacimiento _____

Organización que administra el cuestionario ___Three R's School_____ Fecha _____

La Tuberculosis (TB) es una enfermedad causada por gérmenes de TB y en la mayoría de los casos es transmitida por una persona adulta con tuberculosis pulmonar activa. Se transmite a otra persona por la tos y por el estornudo al expelir gérmenes de TB al aire que pueden ser respirados por los niños.

Los adultos que tienen la enfermedad activa casi siempre tienen varios de los siguientes síntomas: tos con duración de más de dos semanas, pérdida de apetito, pérdida de peso de diez libras o más en un período corto de tiempo, fiebre, escalofríos y sudores nocturnos.

Una persona puede tener gérmenes de TB en su cuerpo pero no tener la enfermedad activa. Esto se llama infección latente de TB (o LTBI por su sigla en inglés).

La tuberculosis es prevenible y curable. La prueba tuberculínica, también llamada PPD o prueba de Mantoux, se utiliza para saber si su niño o niña ha sido infectado/a con el germen de TB. No se recomienda ninguna vacuna para prevenir la tuberculosis en los Estados Unidos. La prueba tuberculínica no es una vacuna contra la tuberculosis.

Necesitamos su ayuda para saber si su niño/niña ha sido expuesto(a) a la tuberculosis.

| Coloque una marca en el cuadro correspondiente | Sí | No | No se sabe |
|---|----|----|------------|
| La tuberculosis puede causar fiebre de larga duración, pérdida de peso inexplicable, tos severa (con más de dos semanas de duración), o tos con sangre. ¿Es de su conocimiento si su niño o niña: <ul style="list-style-type: none"> • ha estado cerca de algún adulto con esos síntomas o problemas? • ha tenido algunos de estos síntomas o problemas? • ha estado cerca de alguna persona enferma de tuberculosis? | | | |
| ¿Su niño o niña nació en México en o cualquier otro país de América Latina, el Caribe, Africa, Europa Oriental o Asia? | | | |
| ¿Su niño o niña viajó a México o a cualquier otro país de América Latina, el Caribe, Africa, Europa Oriental o Asia durante el último año por más de 3 semanas? Si su respuesta es positiva, favor de especificar a qué país o países: | | | |
| ¿Es de su conocimiento, si su niño o niña pasó un tiempo (más de 3 semanas) con alguna persona que es o ha sido usuario de droga intravenosa (IV), infectado por VIH, en la prisión, o haya llegado recientemente a los Estados Unidos? | | | |

¿A su niño o niña se le ha realizado la prueba tuberculínica recientemente? Sí (especifique la fecha ___/___/___) No
 ¿Su niño o niña alguna vez tuvo reacción positiva a la tuberculina? Sí (especifique la fecha ___/___/___) No
 ¿Su niño o niña alguna vez tuvo un análisis de sangre de tuberculosis positivo? Sí (especifique la fecha ___/___/___) No

Solamente para uso de la escuela o del proveedor de servicios médicos

PPD / IGRA administrada (círculo uno)

Fecha en que fue administrada: ___/___/___ Fecha de lectura (si PPD): ___/___/___

Resultado de la prueba PPD: ___ mm

Resultado de la prueba de sangre, IGRA: Positivo Negativo Indeterminado / Inválido

Tipo de proveedor de servicio (ej. escuela, Health Steps, otras clínicas): _____

Proveedor de PPD / IGRA: _____
 firma nombre en letra de molde (imprenta)

Número de teléfono del proveedor: _____ Ciudad _____ Condado _____

Si resultó positivo, ¿se refirió al proveedor de servicios de salud? Sí No

Si sí, nombre del proveedor (médico o clínica): _____



FORMULARIO DE CALIFICACIÓN POR INGRESOS PARA EL BENEFICIO DE COMIDAS DE CACFP (Cuidado para niños)

Parte 1. Todos los miembros del hogar

| Nombre del niño(s) inscrito(s): | MARQUE SI ES UN HIJO DE CRIANZA (RESPONSABILIDAD LEGAL DE UNA AGENCIA DE ASISTENCIA SOCIAL O TRIBUNAL) * SI TODOS LOS NIÑOS QUE APARECEN ABAJO SON HIJOS DE CRIANZA, SÁLTESE A LA PARTE 5 Y FIRME ESTE FORMULARIO. | MARQUE SI NO HAY INGRESOS |
|--|---|---------------------------|
| Nombre de todos los miembros del hogar (Nombre, inicial de segundo nombre, apellido) | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Parte 2. Beneficios: Si algún miembro de su hogar recibe SNAP, TANF, o FDPIR, proporcione el nombre y el número de elegibilidad de la persona que recibe los beneficios. **Si nadie recibe estos beneficios, vaya a la parte 3.**
 NOMBRE: _____ NÚMERO DE ELEGIBILIDAD: _____

Parte 3. (Aplica solamente para padres/guardianes de niños inscritos en guarderías en hogar) Si algún miembro de su hogar recibe beneficios que se encuentren en la *Lista de Programas de asistencia Federales/Estatales (H1660)*, proporcione el nombre del programa y el número de elegibilidad: NOMBRE: _____
 NÚMERO DE ELEGIBILIDAD: _____
 Marque aquí si no hay ningún número de elegibilidad

Parte 4. Ingreso bruto total de su hogar – Usted debe decirnos cuánto es y la frecuencia en que lo recibe

| A. Nombre (Ponga sólo los miembros del hogar que tengan ingresos) <i>(Ejemplo)</i> <i>Jane Smith</i> | B. Ingreso bruto y frecuencia en que lo recibe SÓLO para los que trabajan por cuenta propia, indique ingresos después de gastos en la Casilla 1 | | | |
|--|--|--|--|---------------------------|
| | 1. Ganancias del trabajo antes de deducciones | 2. Asistencia pública, manutención de niños, pensión alimenticia | 3. Pensiones, jubilación, Seguro Social, beneficios de SSI, VA | 4. Todo ingreso adicional |
| | \$200/semanales ____ | \$150/dos veces por mes_ | \$100/mensuales ____ | \$200/cada 2 meses |
| | \$ ____/____ | \$ ____/____ | \$ ____/____ | \$ ____/____ |
| | \$ ____/____ | \$ ____/____ | \$ ____/____ | \$ ____/____ |
| | \$ ____/____ | \$ ____/____ | \$ ____/____ | \$ ____/____ |
| | \$ ____/____ | \$ ____/____ | \$ ____/____ | \$ ____/____ |

Parte 5. Firma y los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social (Un adulto debe firmar)

Una persona adulta de este hogar debe firmar esta forma. **Si se llena la Parte 4, el adulto que firma la forma debe además anotar los cuatro últimos dígitos de su número de Seguro Social o marcar la cajilla que dice: "Yo no tengo número de Seguro Social".** (Vea la Declaración del Acta de Privacidad en la próxima página.)

Yo certifico que toda la información en esta forma es verdadera y se ha reportado todos los ingresos. Yo entiendo que el centro o casa de guardería recibirá fondos Federales a base de la información que yo presento. Yo entiendo que los funcionarios de CACFP puedan verificar la información. Yo entiendo que si doy información que sé que es falsa, las personas que reciben las comidas pueden perder esos beneficios, y yo podría ser procesado legalmente.

Firme aquí: _____ Nombre con letra de molde: _____

Fecha: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Cuatro últimos dígitos del Número del Seguro Social: *** - ** - ____ _ Yo no tengo Número de Seguro Social

Parte 6. Identidad étnica o racial del participante (opcional)

Anote una identidad étnica: _____ Anote una o más identidades raciales: _____

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> hispano o latino | <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska |
| <input type="checkbox"/> No hispano ni latino | <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Hawaiano o de otra isla del Pacífico |
| | <input type="checkbox"/> Negro o Africano-Americano | |

Parte 7. Compartir información con otros programas: OPTATIVO

La información de arriba sobre ingresos del hogar puede divulgarse con el fin de inscribir a los niños en el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP). Los padres/tutores no están obligados a dar consentimiento respecto a dicha divulgación y el optar por no divulgar no afectará adversamente a los beneficios del niño.

Sí acepto que la información de mi familia sea divulgada.

No acepto que la información de mi familia sea divulgada.

No rellene esta parte. Esto es para uso oficial solamente.

Conversión de Ingresos Anuales: Semanal x 52, Cada 2 semanas x 26, Dos veces por Mes x 24, Mensual x 12

Ingresos totales: _____ Por: Semana, Cada 2 semanas, Dos veces por mes, Mes, Año Tamaño de la familia: _____

Calificación categórica: ____ Fecha retirado: _____ Calificación: Gratuita ____ Reducida ____ Negada ____ Nivel I ____ Nivel II ____

Motivo: _____

Firma del Funcionario que Decide: _____ Fecha: _____

Firma del Funcionario que Confirma: _____ Fecha: _____

Firma del Funcionario que hace el seguimiento: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE CALIFICACIÓN POR INGRESOS PARA EL BENEFICIO DE COMIDAS DE CACFP (Cuidados para niños)

Siga estas instrucciones si su hogar recibe SNAP, TANF o FDPIR:

Parte 1: Indique todos los niños y los miembros del hogar que están inscritos.

Parte 2: Indique el número de elegibilidad de cualquier miembro del hogar (incluyendo adultos) que reciba beneficios SNAP, TANF, FDPIR, SSI o Medicaid. El número SNAP o TANF debe ser el #EDG de 9 o 8 dígitos que es asignado por HHSC.

Parte 3: Omita esta parte.

Parte 4: Omita esta parte.

Parte 5: Firme el formulario. Los cuatro últimos dígitos del Número del Seguro Social no son necesarios.

Parte 6: Responda esta pregunta si quiere.

Parte 7: Responda esta pregunta si quiere.

Si está presentando una solicitud en nombre de un NIÑO DE CRIANZA, siga estas instrucciones:

Si **todos** los niños para los que presenta la solicitud son niños de crianza, o si solamente está solicitando beneficios para el niño de crianza:

Parte 1: Indique todos los niños de crianza. Marque la casilla que indica que el niño es un niño de crianza.

Parte 2: Omita esta parte.

Parte 3: Omita esta parte.

Parte 4: Omita esta parte.

Parte 5: Firme el formulario. El Número de Seguro Social **no** es necesario.

Parte 6: Responda esta pregunta si quiere.

Parte 7: Responda esta pregunta si quiere.

Si algunos de los niños del hogar son niños de crianza.

Parte 1: Indique todos los niños y los miembros del hogar que están inscritos. Para las personas, incluyendo los niños, que no tienen ingresos, debe marcar la casilla que dice "No Ingresos". Marque la casilla si el niño es un niño de crianza.

Parte 2: Si el hogar no tiene un número de elegibilidad favor de omitir esta parte.

Parte 3: **Se aplica sólo a los padres/tutores de niños en Hogares de Guarderías de Nivel II.** Los patrocinadores deben entregar la *Lista de Programas con Financiación Federal / Estatal que Califican* (H1660), junto con este formulario a los hogares que tienen niños inscritos en Hogares de Guarderías de Nivel II. Los padres/tutores pueden indicar el nombre del programa y el número según corresponda.

Parte 4: Siga estas instrucciones para notificar los ingresos totales del hogar de este mes o del último mes.

Columna A – Nombre: Indique sólo el primero y el último nombre de **cada** persona que viva en su hogar y que comparta ingresos y gastos, relacionados o no con ingresos (por ejemplo, abuelos, otros parientes o amigos que viven con usted). Inclúyase usted y a todos los niños que viven con usted. De ser necesario, adjunte otra hoja.

Columna B – Ingresos brutos y con cuánta frecuencia se recibieron: Por cada miembro del hogar, indique cada tipo de ingresos recibidos durante el mes. Debe informarnos con cuánta frecuencia se recibe el dinero: semanalmente, cada dos semanas, dos veces por mes, o mensualmente.

Casilla 1: Indique los **ingresos brutos**, no el salario neto. Los ingresos brutos son la cantidad obtenida antes de los impuestos y **otras deducciones. Puede encontrar esto en el talonario o su jefe puede decírselo.**

Casilla 2: Indique la cantidad que recibió cada persona durante el mes, por asistencia social, manutención de hijos, pensión alimenticia.

Casilla 3: Indique los beneficios de jubilación, Seguro Social, Ingresos Suplementarios del Seguro Social (SSI), beneficios para Veteranos (VA), beneficios por discapacidad.

Casilla 4: Indique TODAS LAS DEMÁS FUENTES DE INGRESOS incluyendo Indemnización de Trabajadores, desempleo, indemnización por huelga, aportes regulares de personas que no viven en su casa y cualquier otro ingreso. SÓLO para los que trabajan por cuenta propia, indique ingresos después de gastos en la Casilla 1. La Casilla 4 es para su empresa, hacienda o propiedad arrendada. No incluya los ingresos por beneficios de SNAP, TANF, FDPIR, WIC o federales para educación. Si está en la Iniciativa Militar de Privatización de la Vivienda o recibe un sueldo por combate, no incluya esa pensión de vivienda como ingresos.

Parte 5: El miembro adulto del hogar debe firmar el formulario e indicar los últimos cuatro dígitos del Número del Seguro Social o marcar la casilla si no tiene uno.

Parte 6: Responda esta pregunta si quiere.

Parte 7: Responda esta pregunta si quiere.

TODOS LOS DEMÁS HOGARES, incluyendo los hogares WIC, deben seguir estas instrucciones:

Parte 1: Indique todos los niños y los miembros del hogar que están inscritos. Para las personas, incluyendo los niños, que no tienen ingresos, debe marcar la casilla que dice "No Ingresos".

Parte 2: Omita esta parte.

Parte 3: Omita esta parte.

Parte 4: Siga estas instrucciones para notificar los ingresos totales del hogar de este mes o del último mes.

Columna A – Nombre: Indique sólo el primero y el último nombre de **cada** persona que viva en su hogar y que comparta ingresos y gastos, relacionados o no con ingresos (por ejemplo, abuelos, otros parientes o amigos que viven con usted). Inclúyase usted y a todos los niños que viven con usted. De ser necesario, adjunte otra hoja.

Columna B – Ingresos brutos y con cuánta frecuencia se recibieron: Por cada miembro del hogar, indique cada tipo de ingresos recibidos durante el mes. Debe informarnos con cuánta frecuencia se recibe el dinero: semanalmente, cada dos semanas, dos veces por mes, o mensualmente.

Casilla 1: Indique los **ingresos brutos**, no el salario neto. Los ingresos brutos son la cantidad obtenida antes de los impuestos y otras deducciones. Puede encontrar esto en el talonario o su jefe puede decírselo.

Casilla 2: Indique la cantidad que recibió cada persona durante el mes, por asistencia social, manutención de hijos, pensión alimenticia.

Casilla 3: Indique los beneficios de jubilación, Seguro Social, Ingresos Suplementarios del Seguro Social (SSI), beneficios para Veteranos (VA), beneficios por discapacidad.

Casilla 4: Indique TODAS LAS DEMÁS FUENTES DE INGRESOS incluyendo Indemnización de Trabajadores, desempleo, indemnización por huelga, aportes regulares de personas que no viven en su casa y cualquier otro ingreso. SÓLO para los que trabajan por cuenta propia, indique ingresos después de gastos en la Casilla 1. La Casilla 4 es para su empresa, hacienda o propiedad arrendada. No incluya los ingresos por beneficios de SNAP, FDPIR, WIC o federales para educación. Si está en la Iniciativa Militar de Privatización de la Vivienda o recibe un sueldo por combate, no incluya esa pensión de vivienda como ingresos.

Parte 5: El miembro adulto del hogar debe firmar el formulario e indicar los últimos cuatro dígitos del Número del Seguro Social o marcar la casilla si no tiene uno.

Parte 6: Responda esta pregunta si quiere.

Parte 7: Responda esta pregunta si quiere.

Declaración del Acta de Privacidad Esto explica cómo utilizaremos la información que nos da.

Declaración de No Discriminación: Esto explica qué debe hacer si piensa que fue tratado injustamente.

Declaración del Acta de Privacidad

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell exige la información que se pide en esta solicitud. Usted no está obligado a dar la información, pero si se niega a hacerlo, no podemos aprobar que el participante reciba comidas gratis o a un precio reducido. Usted debe incluir los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social de la persona adulta de su hogar quien firma la solicitud. El número del Seguro Social no es necesario cuando aplica como representante de un niño adoptivo o indica un número de elegibilidad de los siguientes programas: Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el programa de distribución de alimentos en reservaciones indígenas (FDPIR). El número de elegibilidad puede ser del participante u otro identificador (FDPIR) o cuando se indica que algún miembro adulto de la familia firme y no tenga un número del Seguro Social. Nosotros utilizaremos la información para determinar si el participante califica para recibir comidas gratis o de precio reducido, así como para la administración y el cumplimiento legal del programa.

Declaración de No Discriminación:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

(1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; o

(2) fax: (833)256-1665 o (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.