

Fecha de comienzo _____
 (La registraci3n no ser1 aceptada si una fecha de comienzo)



2016-2017 FORMA DE REGISTRACION

DEBE SER LLENADA POR PADRES O GUARDIAN LEGAL

(POR FAVOR ESCRIBA CLARO)

Primer Nombre		Inicial	Apellido		# De Teléfono ()
Direcci3n:			Ciudad	Estado	C3digo Postal
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha Nacimiento	Edad	Grado		Nombre de la Escuela
Tiempo Completo: (cuota semanal) <u>Vea la hoja adjunta</u> <input type="checkbox"/> Ambos AM/PM			1/2 D1a: (cuota semanal) <u>Vea la hoja adjunta</u> <input type="checkbox"/> AM Solo <input type="checkbox"/> PM Solo		Uso de la oficina /Office use only Registration Fee: CK# _____ Registration Fee: Receipt# _____ Recvd by (staff) _____ Date: _____
Padres / Guardianes					
Nombre del Padre/Guardi1n legal: _____			# Trabajo: _____		
Empleador del Padre 3 Guardi1n: _____			Ext.: _____		
Ocupaci3n: _____			# Celular: _____		
Direcci3n y No. tel3fono (si es diferente): _____					
Nombre de la Madre 3 Guardi1n legal : _____			# Trabajo: _____		
Empleador de la Madre 3 Guardi1n: _____			Ext.: _____		
Ocupaci3n: _____			# Celular: _____		
Direcci3n y No. tel3fono (si es diferente): _____					
Programas de Asistencia:					
<input type="checkbox"/> Hoosier Health/TANF/Asistencia General <input type="checkbox"/> Programa de Lonche Gratis/Reducido					
Etnicidad/Raza:		Ingreso Familiar:		Componente Familiar:	
<input type="checkbox"/> 1frico americano <input type="checkbox"/> Asi1tico <input type="checkbox"/> Cauc1sico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Multi <input type="checkbox"/> Nativo americano (Indio) <input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> \$9,000 3 Menos <input type="checkbox"/> \$9,001-\$12,000 <input type="checkbox"/> \$12,001-\$15,000 <input type="checkbox"/> \$19,001-\$23,000 <input type="checkbox"/> \$23,001-\$28,000 <input type="checkbox"/> \$28,001-\$33,000 <input type="checkbox"/> \$33,001-38,000 <input type="checkbox"/> \$38,001-42,000 <input type="checkbox"/> \$42,001-\$45,000 <input type="checkbox"/> 45.000 3 M1s		<input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Un solo Padre/Madre <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Padres de crianza/adoptivos <input type="checkbox"/> Guardi1n legal <input type="checkbox"/> Otro _____	
				Numero de personas en la casa: <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	

CONTACTOS DE EMERGENCIA (APARTE DE LOS PADRES)

Contacto Alterno _____

Direcci3n _____

Ciudad _____ Estado _____ C3digo Postal _____

No. Tel3fono (casa) _____ No. Tel3fono (trabajo) _____ No. Telefono Celular _____

Relaci3n _____

Contacto Alterno

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

No. Teléfono (casa) _____ No. Teléfono (trabajo) _____ No. Telefono Celular _____

Relación _____

Historial de Salud

Alergias todas las conocidas

❖ Alergias de Comidas	Describe la reacción y el manejo de la reacción
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Medicamentos Tomados

(Los medicamentos no serán dispensados por el personal)

No toma medicamentos

Toma medicamentos de la siguiente forma:

Med #1 _____	Dosis _____	Horario en que las toma _____
Med #2 _____	Dosis _____	Horario en que las toma _____
Med #3 _____	Dosis _____	Horario en que las toma _____

Marque si su niño tiene alguna de estas condiciones:

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Estomacal	<input type="checkbox"/> Hiperactividad	<input type="checkbox"/> Aprendizaje	<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza Frecuente
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Cardíaca	<input type="checkbox"/> Presión Alta	<input type="checkbox"/> Problemas del Oído	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Visuales/Auditivos	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Convulsiones		
<input type="checkbox"/> Otro _____				

Yo, el padre / tutor del menor incluido en esta solicitud, por nosotros mismos, nuestros herederos, albaceas y administradores, por la presente relevo, renuncio, absolver y descargo para siempre el Boys and Girls Club of Greater Goshen Inc., Boys & Girls Club of Goshen, KidsCare una división de los Boys & Girls Clubs del Condado de Elkhart, Inc., Boys & Girls club de Nappanee, Boys & Girls club de Middlebury, Boys & Girls club de Elkhart, Boys & Girls Clubs of America, sus representantes, sucesores, aseguradoras, cesionarios o cualquier otra persona o entidad asociada a cualquiera de las organizaciones antes mencionadas, tales como el personal, los directores o voluntarios, de toda responsabilidad, reclamos, demandas, o causas de acción por cualquier pérdida, daño, lesión o muerte y cualquier reclamación de daños por el uso de las instalaciones de propiedad o controladas por las organizaciones mencionadas supra, o la participación en actividades de las referidas entidades, ya sea en o fuera del club.

Doy permiso para KidsCare y el Boys and Girls Club of Greater Goshen Inc. para buscar tratamiento médico de emergencia para mi hijo menor de edad si yo no pueda ser localizado. Seré responsable de ningún todos los costos de la atención médica y tratamiento.

Doy mi permiso para KidsCare, y el Boys and Girls Club of Greater Goshen Inc. y de Concord, Elkhart, Goshen y Escuelas de la Comunidad de Middlebury para el intercambio de información con respecto a los hijos menores que figuran en esta solicitud. El objetivo del intercambio es ayudar a ambas organizaciones hacen un mejor trabajo de ayudar al estudiante a tener éxito en la escuela, en el Club de Niños y Niñas y en la vida. Este lanzamiento es válido por un año y puede ser revocado en cualquier momento poniéndose en contacto con Goshen, Concord, Elkhart, Nappanee y Escuelas de la Comunidad de Middlebury o el Club de Niños y Niñas por escrito.

Doy mi consentimiento para fotografías en las que puede aparecer para ser utilizado en cualquier forma KidsCare y los Boys & Girls Clubs del Condado de Elkhart, Inc. pueden cuidar a utilizarlos mi hijo. Entiendo que KidsCare y el Club de Niños y Niñas de la Gran Goshen Inc. no es responsable de los artículos perdidos o robados.

He leído la solicitud completa, la comprensión de las reglas de KidsCare y los Boys & Girls Clubs del Condado de Elkhart, Inc. y solicitar que mi hijo sea admitido en la membresía

Firma del Padre/Guardián _____	Firma del Miembro del Club _____	Fecha ____/____/____
Costo de Registración:		
Fecha _____	Cantidad Pagada _____	Cheque/M.O # _____
		Recibido por _____



Contrato de Políticas de KidsCare

Padres: Por favor lea, entienda y firme este acuerdo—un acuerdo por familia

ESTOY DE ACUERDO CON:

1. cumplir con las políticas y procedimientos del Programa KidsCare como imprimidas en la políticas y procedimientos del Manual para Padres. Reconozco y acepto que estos acuerdos están sujetos a cambios con 2 semanas de aviso por escrito.
2. pagar las cuotas del programa para el cuidado de mi niño/s el viernes anterior o el lunes de la semana de los servicios efectuados, así como la cuota de inscripción anual de \$15. Las tarifas no se basan en la asistencia. Si me atraso en el pago recibiré una notificación el jueves. Después de 2 semanas de ningún pago recibido mi niño/ s ya no se le permitirá participar en KidsCare hasta que el pago se haga actual.
3. ser responsable con los pagos de KidsCare. La falta de pago es motivo de terminación del programa y se tomara en cuenta los medios legales para la colección de la falta de pago.
4. Tener un padre, adulto autorizado o miembro de la familia (Cualquier persona que aparezca en la forma de registración como contactos de emergencia) firmar la entrada y la salida de cada uno de mis hijos en una base diaria. De no hacerlo en repetidas ocasiones resultara en la terminación de mi familia del programa KidsCare
5. Inmediatamente comunicar a KidsCare si mi hijo/s no pueda asistir al programa como estaba previsto por cualquier razón.
6. Recoger a mi hijo/s a no más tardar de las 5:30 de la tarde. Entiendo que un cargo de \$10.00 por cada 15 minutos después de las 5:30 de la tarde será cobrado. Repetidas ocasiones de recoger tarde a mi hijo/s resultara en la expulsión del programa KidsCare.
7. ayudar a que mi niño/s se comporten de una manera respetuosa con los demás estudiantes, así como supervisores y adultos.
Si hay un problema de comportamiento con mi hijo el personal de KidsCare hablará con mi hijo primero. Si el problema persiste, mi hijo puede tener un corto "tiempo de espera" lejos de los otros (no más de un minuto por su edad, o puede ser pedido que no participe en una actividad). Si el comportamiento negativo sigue siendo un problema, voy a ser contactado y exigido a trabajar con el personal de KidsCare para un resultado más positivo. El siguiente paso será una suspensión de 1 a 3 días. El último recurso será una notificación escrita de que mi hijo será expulsado del programa para el resto del semestre académico o año escolar.
8. inmediatamente reportar cualquier cambio en la información importante de mi niño/s, tales como dirección, número de teléfono o personas autorizadas para recoger a mi hijo/s al personal KidsCare a través del formulario "KidsCare Membresía Formulario de Actualización."

ENTIENDO QUE:

9. KidsCare no es responsable por artículos (juguetes, electrónicos, cartas de juego, etc.) traídos al programa por los estudiantes, y recomienda que todos esos artículos sean dejados en casa para evitar complicaciones no deseadas.
10. El programa tiene una póliza de "No Nit" cuando se trata de piojos. Si se encuentran piojos, los padres serán requeridos a recoger al niño tan pronto como sea posible y un aviso será enviado a la casa de todas las familias del programa KidsCare de esa escuela.
11. KidsCare operará de manera normal en los días de retraso de 2 horas. Sin embargo, en caso de que la escuela cierre, estaré obligado a recoger a mi hijo antes de las 8 de la mañana. KidsCare no operará en los días escolares cancelados, o si se suspenden las clases temprano por cualquier razón.
12. No habrá reembolso o créditos si un estudiante no asiste al programa KidsCare como estaba previsto. Se realizan ajustes a las tarifas semanales sólo en casos donde cierran las escuelas no programadas incluyendo días de nieve. Los siguientes días festivos son facturadas con mi tarifa semanal y se acreditarán de nuevo a mí al final del año escolar o después de la fecha de mi retirada: Día Laboral, Día de Gracias, Dr. Martin Luther King Jr. Day, Día del Presidente, Viernes Santo y Memorial Day.
13. Hay un cobro \$10 para el cuidado en días de retraso de 2 horas. Para las familias que atiendan al programa de la tarde solamente.
14. Debo guardar todos los recibos de los servicios de KidsCare para efectos fiscales de cuidado infantil. Nuestro número de identificación fiscal es 35-1033735.

He leído el Acuerdo de las Políticas de KidsCare anterior y entiendo mis responsabilidades mientras mi hijo está inscrito en el programa.

Mi Nombre (por favor de imprimir) _____ Firma: _____

Nombre(s) de mi(s) Hijo(s) _____ Fecha: _____



Tarifas para el año escolar 2016-2017

	<u>TODO EL DIA</u>	<u>1/2 DIA</u>
	AM y PM Costo semanal Pagar cada semana con anticipación	AM o PM Costo semanal Pagar cada semana con anticipacion
Un niño	\$50.00	\$30.00
Nino segundo	\$45.00	\$25.00
Cada niño adicional	\$45.00 Cada uno	\$25.00 Cada uno
Otros cargos		
Registro de un niño (no-reembolsable) \$15.00 por niño		
Cuota de recoger tarde por 15- minutos \$10.00		
Costo de los cheques devueltos - \$25.00		
Opción de Descuento: Pagando por retiro automático recibirá un descuento del 5%		

Tenga en cuenta: Los costos de día completo o 1/2 día no son basados en asistencia. Al registrar a su hijo para 1/2 día o día completo usted está asegurando un lugar permanente para su hijo durante el año escolar. Cuando se registra para tarifas semanales usted es responsable por el pago, independientemente de la asistencia de su hijo.

Revised: JD 07/26/16



Acuerdo de Pago KidsCare

Información de Pago del Miembro-Por Favor Imprimir

Nombre del Miembro: _____

Escuela de Asistencia: _____

Fecha de Inicio para el Retiro Automático

Retiro Automático ser tomado?

Cada Semana: _____ Cada Quincena: _____

Instrucciones:

- Complete la Información de Pago del Miembro a la izquierda.
- Por favor seleccione 1 de las 3 opciones para el pago y complete la opción elegida en su totalidad.
- Por favor lea los términos y condiciones de KidsCare.

Opción 1: Retiro Automático de Cuenta de Cheques/Ahorros -Por Favor Imprimir

Nombre en la Cuenta

Nombre del Banco

Número de Ruta

Número de Cuenta (Adjunte Cheque Anulado)

Firma Autorizada

Fecha

(Entiendo y acepto los términos y condiciones de este Acuerdo de Pago KidsCare)

Opción 2: Cheque o Efectivo

Firma Autorizada

Fecha



Términos y Condiciones para Opción 1 Retiro Automático:

- El pago se realizará por adelantado y será procesada el lunes de la semana de servicio (si un día festivo cae en lunes, el pago será procesado el martes). Si la fecha inicial no es un lunes, el pago será procesado el primer día de asistir los servicios.
- El pago se realizará en su totalidad aunque el niño no asista, a menos que usted llene un formulario de "cambio de estado" retirando su hijo(s) por dos semanas o más.
- La Cuota de Inscripción no es reembolsable o transferible y será agregado a la cantidad de tu primer pago semanal.
- Hay un descuento del 5% en las tarifas semanales por elegir las opciones de retiro automático.
- **Para Cancelar los Pagos Automáticos:** KidsCare debe ser notificada al menos tres días hábiles antes de la fecha de pago aplicable. Si el pago automático no se cancela con tiempo, el sistema todavía tomara el pago de su cuenta.
- **Cualquier Cuota Extra o Cambio de Estado Evaluado a tu cuenta:** Los cargos pueden ser, pero no limitados a la Cuota de Inscripción, honorarios por recoger a su hijo(s) tarde, honorarios por retrasos de 2 horas, fondos insuficientes y Cambio de Estado se agregaran o ajustaran a la cantidad de su cuenta y el pago que podría causar que su pago automático sea mayor que la cantidad indicada en el estado de su cuenta mensual. Se les dará una declaración separada por esos cargos.
- **Condiciones que pueden causar que el Pago Automático sea cancelado en su Cuenta:**
- Si el pago automático ha sido devuelto por falta de fondos dos veces en un año escolar. Un pago devuelto como fondos insuficientes puede causar que una tarifa de \$ 25.00 sea agregada a su próximo pago programado.
- Si recibimos notificación de que su cuenta ha sido cerrada o congelada, o que el número de cuenta no es válido. Un pago devuelto debido a que su cuenta sea cerrada, congelados o no válida puede causar que una tarifa de \$ 25.00 sea agregada a su próximo pago programado.

Términos y Condiciones para Opción 2 Cheque o en Efectivo:

- El pago se realizará por adelantado y será procesada el lunes de la semana de servicio (si su hijo(s) no empieza su servicio en un lunes, el pago será procesado el primer día que de asistir los servicios).
- El pago se realizará en su totalidad si su hijo(s) asiste a menos que usted llene un formulario de "cambio de estado" retirando su hijo(s) por dos semanas o más.
- El pago de la Cuota de Inscripción debe ser pagado antes o más tardar el primer día de que su hijo(s) asista los servicios y la Cuota de Inscripción no es reembolsable o transferible
- Cargos adicionales pueden ser, pero no limitados, a la Cuota de Inscripción, honorarios por recoger a su hijo(s) tarde, honorarios por retrasos de 2 horas, fondos insuficientes y Cambio de Estado tienen que ser pagados al tiempo de servicio. Se les dará una declaración separada por esos cargos.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de su cuenta o Pago Automático, por favor llamar o envíe un correo electrónico:

Jen Defrees

KidsCare Billing Coordinator

Teléfono # 574-533-4590 Ext. 219

Fax # 574-537-1925

Correo Electrónico: jdefrees@bgcelkhartcounty.org