

2016-2017



Registration

2016-2017

Formulario de Inscripción



Información sobre el Estudiante

Apellido _____ Nombre _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ (M/D/A) Género ____ (M/F/Otro) Talla de Camiseta (Y): XP P M G

El Grado de el Hijo en 2016-2017 Año de Escuela (elige uno) **K** _____ **1st** _____ **2nd** _____

Información sobre la Casa

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

La Lenguaje Principal que se Habla en el Hogar _____

Padre Principal/Guardián Principal

Apellido _____ Nombre _____

Número Celular: _____ Número de Teléfono de Casa: _____

Dirección (si es diferente a la del niño) _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Dirección de Correo Electrónico: _____ Lugar de Trabajo _____

Padre/Guardián #2

Apellido _____ Nombre _____

Número Celular: _____ Número de Teléfono de Casa: _____

Dirección (si es diferente a la del niño) _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Dirección de Correo Electrónico: _____ Lugar de Trabajo _____

Contacto de Emergencia (distinta a los padres)

Apellido _____ Nombre _____

Número Celular: _____ Número de Teléfono de Casa: _____

Dirección (si es diferente a la del niño)
_____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Dirección de Correo Electrónico: _____ Lugar de Trabajo _____



Número Deseado de Días por Semana (elige uno): 3 Días _____ 4 Días _____ 5 Días _____

Días de la Semana Deseado (si elige menos de 5 días):

Consulte el programa adjunto para ayudar a su selección

lunes _____ martes _____ miércoles _____ jueves _____ viernes _____

Necesita Ayuda de Financia? Sí* No

**Por favor complete y regrese la aplicación de asistencia financier antes de Agosto 15.*

¿Tiene su hijo un Programa de educación escolar (IEP)?: Sí* No

**Si marco Si, necesitara tener una reunión con el consejero de ayuda especial y traer una copia del (IEP) a la directora. Por favor envíe la copia al correo electrónico anking@ywashhths.org*

En su caso, ¿cuál es el diagnóstico de su hijo?

¿Su hijo necesita algún alojamiento?

Un Permiso para el Transporte de Autobús

Doy el YM / YWHA de Washington Heights and Inwood el permiso para transportar a mi hijo en un autobús escolar.

Iniciales _____ Fecha ____/____/_____

Un Permiso para Los Viajes de Estudios

Yo entiendo que la Y se reserva el derecho de cambiar el horario de las actividades y llevar a mi hijo fuera de las instalaciones de los parques locales y que se me avisará de cualquier cambio programáticos.

Iniciales _____ Fecha ____/____/_____

Un Permiso para la Grabación de Audio y Visual

En el prgrama de Y @ WHEELS, nos gusta mantener actualizadas las familias sobre lo que está pasando en el programa mediante la publicación de las fotos y videos de nuestros estudiantes en las redes sociales, blogs, boletines de correo electrónico, y tablonas de anuncios. También nos gusta compartir fotos y vídeos con familias perspectiva y otras partes interesadas, para que puedan ver toda la diversión que estamos teniendo!

Doy el YM / YWHA de Washington Heights and Inwood el permiso para tomar los photos y grabar el video de mi hijo y los utilisen para los fines descritos.

Iniciales _____ Fecha ____/____/_____



Formas Adicionales

Estos formularios deben ser completados y enviado a fin de que su hijo sea registrado.

1. Y @ WHEELS Forma de Salud
2. Y @ WHEELS Autorización de los Padres para el Despido 2016-2017
3. Y @ WHEELS Autorización Médica de los Padres para Pediatría de Emergencia Médica y / o Tratamiento Quirúrgico y Alergias

Dónde Enviar los Formularios:

Fax:

(212)-567-5915

Scan:

Ashlyn King, Program Director:

anking@ywashhths.org

Por Correo:

YM & YWHA
c/o Y @ WHEELS
54 Nagle Ave
New York, NY 10040

Información sobre las Tarifas

Elige su método preferido de pago: _____ Mensual (con un tarjeta de crédito disponible)
_____ 1 Pago Completo (9/2)
_____ 2 Pagos (9/2, 12/2)

5 Días por Semana: \$180 mensual o \$1620 por año o \$810 por semestre

4 Días por Semana: \$150 mensual o \$1350 por año o \$675 por semestre

3 Días por Semana: \$115 mensual o \$1035 por año o \$517.50 por semestre

Su tarjeta de crédito será cargada en el primer viernes del mes

de Tarjeta de Crédito: _____ Fecha caducidad: ____/____

Nombre en La Tarjeta: _____

Firma del Titular _____

Fechas Importantes:

Todos los Formularios de Inscripción deben ser recibida por **el 26 agosto**

El primero pago se debe realizar **el 2 septiembre**

La primera día del programa es **el 8 septiembre**



UJA Federation
of New York
Good together.®



Patrocinio Tarifa

En el Y, estamos comprometidos a crear mejor oportunidades para todos los alumnos, sin importar su estatus financiero. Con esto en mente, les pedimos que nos ayudes con cual quier contribuciones que puedan ofrecer para nuestra iniciativa. Con su ayuda, podemos asegurar que no habra familia a cual el servicio de afterschool se le negara por bajo ingreso.

¿Le gustaría patrocinar la tarifa de un niño para el programa Y @ WHEELS?

Sí _____ No _____

En caso afirmativo: (favor ponga sus iniciales al lado de la cantidad de la donación que le gustaría hacer)

Me gustaría patrocinar a un niño para la tarifa de **un año completo**: _____ (\$1,620)

Me gustaría patrocinar a un niño para la tarifa de **un medio año**: _____ (\$810)

Me gustaría patrocinar a un niño por otro importe: _____ por valor de _____

Al firmar aquí, estoy de acuerdo que mi cantidad de la donación elegido será añadido a mi primer pago .

Firma _____ Fecha _____



Y @ WHEELS Afterschool Program Financial Terms and Conditions of Registration 2016-2017

Año escolar: El programa de after school comienza el 8 de Septiembre 2016, l termina el 23 de Junio 2017. El año se divide en dos temporadas. La primera comienza el 8 de septiembre 2016, l termina el 27 de Enero 2017. La segunda temporada comienza el 30 de enero 2017, l termina el 23 de Junio 2017.

Deposito y Matricula: un deposito (sin reembolso) de \$250 se requiere para asegurar que su hijo/a tenga un asiento en el programa WHEELS. El deposito de \$250 se requiere antes o cuando register a su hijo/a. El resto de la matricula se pagara:

Mensual: 10% del costo anual menos el deposito
Por Temporada: 50% del costo anual menos el deposito
Por año: 100% del costo anual menos el deposito

Los pagos de matricula se pueden pagar cada primer Viernes del mes, desde septiembre hasta junio.

La Matricula esta basada en la cantidad de dias por semana y el arreglo de pago.

<u>5 days seminal:</u>	<u>\$180 mensual</u>	<u>or \$1620 al ano</u>	<u>or \$810 por temporada</u>
<u>4 days seminal:</u>	<u>\$150 mensual</u>	<u>or \$1350 al ano</u>	<u>or \$675 por temporada</u>
<u>3 days seminal:</u>	<u>\$115 mensual</u>	<u>or \$1035 al ano</u>	<u>or \$517.50 por temporada</u>

Cuando se inscribe al programa de WHEELS, el registrante da el permiso al YM/YWHA para cobrar la tarjeta de credito/debito que nos presento durante el tiempo de registracion, esta tarjeta se usara para pagar las tarifas listadas aribba.

Una tarjeta de credito/debito se debe mantener en el archivo, para estar registrado en el programa Y @ WHEELS.

Cambiar la actividades para el estudiante: Hay dos veces durante el año escolar que los padres pueden cambiar el horario de sus hijo/a sin cargo adicional.

Selecion de programa 1 (para la primera temporada): Al tiempo de primera registracion
Selecion de programa 2 (para la segunda temporada): 1 de diciembre – 12 de diciembre

Si un padre o guardian desea cambiar el programa de su hijo/a antes o despues de los dias listados, Usted debe enviar la razon de cambio por correo electronico a anking@ywashhts.org. Los padres seran notificados por correo electronico si la solicitud fue aprovada. El padre debe pagar una tarifa administrativa de \$100, ademas de la diferencia en costo por los servicios nuevos.

Reembolso: todos pagos son final. Reembolso o transferencias no seran aprovada por cual quier razon.

Ayuda Financiera: Ayuda financiera esta disponible para familias que califiquen. Para aplicar para ayuda financiera por favor de ir al <http://www.ywashhts.org/youth/children-k-8/after-school-program>, l descarge la aplicacion al fin de la pagina. Aplicaciones para asistencia financiera solo seran consideradas despues que el aplicante ha submitido la forma de registracion al programa, el deposito de \$250 este pagado, y he completado una aplicacion completa de ayuda financiera. La fecha tope para submitir una aplicacion es el 15 de Agosto 2017.



Pagos Tarde: Cuando el padre/guardian falla hacer pago en los dias amencionado, la Y le agregara una tarifa de \$25 cada semana que el pago no se recibe, comenzando el dia siguiente del dia topo. Por ejemplo, si un pago se vencio el viernes 3 de febrero l no pago se formalizo por fin del dia, una tarifa de \$25 sera agregada al balance en question el proximo viernes 10 de febrero. Para evitar tarifas, avisamos tener la tarjeta en el record actualizada, o informarnos de cual quier cambio que afectara su pago.

Cupo Limitado: El programa de after school tiene cupo limitado, por esa razon llenamos por orden de registracion. Los primeros que se registren seran los primeros acomodados.

Política de fines de recoger: Cada dia el periodo de recoger a su hijo/a para el programa de after school comienza a las 5:30pm l se termina a las 5:45pm. El programa estara implementando una politica de fines de recoger para asegurar que los ninos se recogan a tiempo.

- 1) A cada familia se le permitira 1 tardanza por temporada.
- 2) Despues de una advertencia, las familias se le cobrara una tarifa de \$5 por recoger tarde entre la 5:46 Y 5:50pm.
- 3) Cada minuto adicional despues de la 5:50 se le cobrara un \$1.

Comportamientos que posan un peligro a ninos y/o trabajadores: La Y reserva el derecho a remover cualquier nino sin proporcionar un reembolso a la familia, dado caso que el nino/a demuestre comportamientos de peligro fisico or emocional a otros nino/a o trabajadores.

I understand and agree to all listed terms and conditions.

Firma_____ Fecha_____





54 Nagle Avenue
New York, N.Y. 10040
Phone 212-569-6200



Autorización de los Padres para el Despido 2016-2017

Fecha: _____

Nombre de Hijo: _____

Nombre de Padre: _____

Dirección: _____

de Telefono _____ Celular # _____

Por favor listar todas las personas, incluyendo a sí mismo que tienen su autorización para recoger a su hijo. Será de gran ayuda para seleccionar al menos uno de los padres de otro niño en el programa. Tenga en cuenta que estos adultos deben tener una identificación con fotografía con ellos la primera vez que recoger al niño.

Nombre	Telefono	Relacion
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

Firma de Padre _____ Fecha _____

Por Favor Nota: La Y no dará a conocer a su hijo a cualquier persona que no está en la lista anterior salvo autorización por escrito de anking@YWashHts.org



Y @ WHEELS Formulario de Salud 2016-2017

La primera página (ambos lados) para ser completada por un padre. Por favor imprimir y tipo. Devuelva el formulario completado a 54 Nagle Ave, New York, NY 10040.

Nombre de Hijo: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Genero ___ (M/F/Otro)

Padre/Guardián: _____ Numero de Teléfono: (____) _____ - _____

Dirección de Casa: _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Celular #: (____) _____ - _____ Correo Electrónico: _____

Segundo Padre/Guardián: _____ Numero de Teléfono: (____) _____ - _____

Dirección de Casa: _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Celular #: (____) _____ - _____ Correo Electrónico: _____

Si los padres enumerados no están disponibles en caso de emergencia, por favor notifique a:

Nombre _____ Relación _____ Celular #:(____) _____ - _____

Dirección de Casa: _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Historia de Salud

(Comprobar y, en caso necesario, dar fechas aproximadas)

Tiene el Niño:	Sí	No	Fecha	Tiene el Niño:	Sí	No	Fecha
1. Ha tenido alguna lesión reciente o enfermedad infecciosa?				15. Alguna vez se le ha diagnosticado un soplo en el corazón?			
2. Tiene una enfermedad crónica o una enfermedad recurrente/condición?				16. Alguna vez ha tenido problemas de espalda?			
3. Ha sido hospitalizado?				17. Alguna vez ha tenido problemas con las articulaciones (por ejemplo, las rodillas y los tobillos)?			
4. Ha tenido alguna cirugía?				18. Tiene un aparato de ortodoncia?			
5. Tiene dolores de cabeza frecuentes?				19. Tiene algún problema en la piel (por ejemplo, picor, acné)?			
6. Ha tenido alguna vez una lesión en la cabeza?				20. Tiene la diabetes?			
7. Se ha dejado inconsciente?				21. Tiene asma?			
8. Lleva gafas o utilizar gafas de protección?				22. Ha tenido la mononucleosis en los últimos 12 meses?			
9. Ha tenido infecciones de oído frecuentes?				23. Ha tenido problemas de diarrea o estreñimiento?			
10. Ha desmayado durante o después del ejercicio?				24. Tiene problemas con el sonambulismo?			
11. Ha estado mareado durante o después del ejercicio?				25. Si es mujer, tiene la historia menstrual anormal?			
12. Ha tenido una convulsión?				26. Tiene antecedentes de enuresis?			
13. Ha tenido dolor en el pecho durante o después del ejercicio?				27. Alguna vez ha tenido un trastorno alimentario?			
14. Alguna vez ha tenido presión arterial alta?				28. Ha tenido dificultad emocional para los que se solicitó ayuda profesional?			

¿El niño ha tenido alguna de las siguientes?

Por favor explique las respuestas "sí":

___ Sarampión ___ Varicela ___ Sarampión alemán ___ Paperas

___ Hepatitis A ___ Hepatitis B ___ Hepatitis C ___ Otro

¿Tiene el niño es alérgico a cualquiera de los siguientes?

___ Asma ___ Fiebre de Heno ___ Hiedra Venenosa

___ Picaduras de Insectos ___ Penicilina ___ Cacahuets ___ Otro

¿Cualquier actividades específicas para alentar o limitados por el consejo de un médico?

Modificación de la dieta:

Los medicamentos actuales:

Por la presente autorizo al personal médico seleccionado por el Estado Mayor Y para proporcionar atención médica de rutina ; para administrar medicamentos ; para ordenar radiografías, pruebas de rutina, tratamiento; que libere a todos los registros necesarios a efectos del seguro, y para proporcionar o coordinar el transporte para mi hijo. En el caso de que yo no pueda ser localizado en caso de emergencia, doy permiso al médico seleccionado por el director del programa para asegurar y administrar el tratamiento, incluida la hospitalización, para la persona mencionada anteriormente.

Firmado _____ Fecha _____

Esta parte puede ser completada por un padre, tutor o médico.

Preguntas Generales: Por favor explique las respuestas "sí":

Presión Sanguínea _____ Peso _____ Altura _____

Prueba TB/Mantoux- Fecha de la última prueba: _____ Resultado: ___ Positivo ___ Negativo

Por favor indique las fechas de vacunación:	Mes/An.	Mes./An.	Mes/An.	Mes/An.	Mes/An.
DTP					
DT					
Sarampión alemán					
Mononucleosis					
Paperas					
Rubéola					
Hamophius Influenza B					
Hepatitis B					
Varicela					
Polio					



Tratamiento/medicamentos

actuales: _____

Cualquier

Limitaciones: _____

Alergias (por favor indique):

Recomendaciones / Restricciones mientras que al programa:

¿Tiene el niño un inhalador bronquial, kit de picadura de abeja, epi-pen u otro dispositivo relacionado con la salud?

Cualquier prescripción médica plan de comidas o restricciones en la dieta:

A lo mejor de mi conocimiento, no existe una contraindicación médica para la administración de paracetamol (Tylenol): _____ Iniciales

Información sobre el Médico:

Nombre del Médico del Niño (en letra de imprenta): _____

Numero de Telefono: (____) _____ - _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Tenga en cuenta: No administrar medicamentos en el sitio.

Tenga en cuenta: Animamos a nuestro personal para ayudar a los participantes a aplicar protector solar cuando sea necesario y apropiado

Certifico que la información de todas las páginas de este formulario es correcta.

Firma de Guardián / Padre / Médico _____ Fecha _____



Autorización Médica de los Padres para Pediatría Médico de Emergencia y / o Tratamiento Quirúrgico y Alergias

Autorización: En caso de emergencia, por la presente autorizo al médico o al hospital al que se pueden traer a mi hijo o hijos, (y quienquiera que pueden designar como sus ayudantes), para llevar a cabo cualquier procedimiento o la operación de emergencia, para dar tratamiento y la administración de anestésico a mi hijo durante su/ su estancia en el programa.

Firmado: _____ (Relación a Hijo) _____ **Fecha:** _____

¿Tiene familia tiene seguro médico? : _____ Sí _____ No

Nombre de la compañía de seguros: _____

Número de póliza: _____

Nombre del asegurado principal: _____

Número de seguro social del asegurado principal: _____

Explicación:

1. Es la firme esperanza de que nunca va a ser necesario utilizar la autorización de esta forma. Para la seguridad de los niños, sin embargo, la buena práctica médica requiere dicha autorización. En situaciones de emergencia, en los que por alguna razón no puede ser contactado de inmediato el padre del niño, esta forma puede ser extremadamente importante. La autorización concedida por esta forma sería utilizado solamente cuando sea absolutamente necesario y sólo después de cada intento se ha hecho para el primer contacto del padre u otro contacto de emergencia.
2. Encontramos que los médicos y hospitales son reacios a proporcionar ningún tipo de tratamiento, no importa cómo menor de edad, a menos que tengan la autorización de los padres. Como saben, el tiempo puede ser un factor en ser de ayuda a su hijo cuando se necesita atención médica, y esto ayuda a asegurar que no se pierde tiempo en dar la atención médica.
3. Este formulario de autorización se mantendrá en archivo con el Director del Programa.



Monday

2:55-3:10

Snack

3:15-3:30

Community Welcome

3:35-3:50

Community Circle

3:55-4:25

Homework Time

4:30-5:15

Martial Arts
Music
Cooking
Gardening

5:20-5:30

Closing Circle

5:30-5:45

Pick-Up

Tuesday

2:55-3:10

Energizers

3:15-3:30

Snack

3:35-3:50

Community Circle

3:55-4:25

Homework Time

4:30-5:15

Martial Arts
Music
Cooking
Gardening

5:20-5:30

Closing Circle

5:30-5:45

Pick-Up

Wednesday

2:55-3:10

Energizers

3:15-3:30

Snack

3:35-3:50

Community Circle

3:55-4:25

Homework Time

4:30-5:15

Math Games

Literacy

5:20-5:30

Closing Circle

5:30-5:45

Pick-Up

Thursday

2:55-3:10

Energizers

3:15-3:30

Snack

3:35-3:50

Community Circle

3:55-4:25

Homework Time

4:30-5:15

Service Learning

Theater Production

5:20-5:30

Closing Circle

5:30-5:45

Pick-Up

Friday

1:25-2:10

Energizers

2:15-2:50

Snack

2:55-3:10

Community Circle

3:15-4:25

Clubs

4:30-5:15

Community Celebration

5:20-5:30

Closing Circle

5:30-5:45

Pick-Up

Y @ WHEELS Weekly Program Schedule