

2017-2018 Formulario de Inscripción



Información sobre el Estudiante

Apellido _____ Nombre _____

Fecha de Nacimiento ___/___/___ (M/D/A) Género ___ (M/F/Otro)

El Grado de el Hijo en 2017-2018 Año de Escuela (elige uno) Pre-K ___ K ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___

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 _____



UJA Federation
of New York
Good together.®

Número Deseado de Días por Semana (*elige uno*): 2 Días ____ **3 Días** ____ 4 Días ____ 5 Días ____

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

lunes ____ martes ____ miércoles ____ jueves ____ viernes ____

¿Tiene su hijo un Programa de educación escolar (IEP)?: Si* 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 programa 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 tableros 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!

Iniciales _____ Fecha ____ / ____ / _____

Formas Adicionales

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.

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

1. Y @ WHEELS Forma de Salud (con documentación de vacunas)
2. Y @ WHEELS Autorización de los Padres para el Despido 2017-2018
3. Y @ WHEELS Autorización Médica de los Padres para Pediatría de Emergencia Médica y /
o Tratamiento Quirúrgico y Alergias

Dónde Enviar los Formularios:

Por Correo:

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

Scan:

anking@ywashhths.org

Fax:

(212)-567-5915

K-3rd Tarifas del Programa

K-3rd Estructura de Tarifas de Escala Movil:

Las tarifas de su familia seran determinados por los ingresos de su hogar y cuantos dias a la semana su hijo/a asiste al programa.

Nivel 1: Ingresos de Hogar de \$30,000 o menos			
	Costo Anual	Costo Mensual	Costo Diario
5 Dias	\$1134 al ano	\$113 al mes	\$6 al dia
4 Dias	\$1071 al ano	\$107 al mes	\$7 al dia
3 Dias	\$945 al ano	\$95 al mes	\$8 al dia
2 Dias	\$788 al ano	\$79 al mes	\$10 al dia

Nivel 2: Ingresos de Hogar entre \$31,000 y \$70,000			
	Costo Anual	Costo Mensual	Costo Diario
5 Dias	\$2268 al ano	\$227 al mes	\$11 al dia
4 Dias	\$2142 al ano	\$214 al mes	\$13 al dia
3 Dias	\$1890 al ano	\$189 al mes	\$16 al dia
2 Dias	\$1575 al ano	\$158 al mes	\$20 al dia

Nivel 3: Ingresos de Hogar de \$71,000 o mas			
	Costo Anual	Costo Mensual	Costo Diario
5 Dias	\$3240 al ano	\$324 al mes	\$16 al dia
4 Dias	\$3060 al ano	\$306 al mes	\$19 al dia
3 Dias	\$2700 al ano	\$270 al mes	\$23 al dia
2 Dias	\$2250 al ano	\$225 al mes	\$28 al dia

Cuidado Tardio

El periodo de recoleccion para Y @ WHEELS este ano es entre las 5:45pm y las 6:00pm. Tambien ofrecemos una extencion de cuidado tardio de 30 minutos por una cuota mensual. Los costos son:

OPCIONAL: Cuotas de Cuidado Tardio (L-V 6:00-6:30)			
	Costo Anual	Costo Mensual	Costo Diario
5 Dias	\$450 al ano	\$45 al mes	\$2.25 al dia
4 Dias	\$400 al ano	\$40 al mes	\$2.50 al dia
3 Dias	\$350 al ano	\$35 al mes	\$2.90 al dia
2 Dias	\$300 al ano	\$30 al mes	\$3.75 al dia

Pre-K Program Fees

Pre-K Sliding Scale Fee Structure:

Your family's fees will be determined by your household income and how many days a week your child attends the program. Pre-K has a different Sliding Scale due to the costs associated with the specialized nature of the program.

Tier 1: Household Income of \$30,000 or below			
	Annual Cost	Monthly Cost	Daily Cost
5 Days	\$1435 a year	\$144 a month	\$7 a day
4 Days	\$1383 a year	\$138 a month	\$9 a day
3 Days	\$1330 a year	\$133 a month	\$11 a day
2 Days	\$1278 a year	\$128 a month	\$16 a day

Tier 2: Household Income between \$31,000 and \$70,000			
	Annual Cost	Monthly Cost	Daily Cost
5 Days	\$3075 a year	\$308 a month	\$15 a day
4 Days	\$2963 a year	\$296 a month	\$19 a day
3 Days	\$2850 a year	\$285 a month	\$24 a day
2 Days	\$2738 a year	\$274 a month	\$34 a day

Tier 3: Household Income of \$71,000 or above			
	Annual Cost	Monthly Cost	Daily Cost
5 Days	\$4100 a year	\$410 a month	\$21 a day
4 Days	\$3950 a year	\$395 a month	\$25 a day
3 Days	\$3800 a year	\$380 a month	\$32 a day
2 Days	\$3650 a year	\$365 a month	\$46 a day

Cuidado Tardío

El periodo de recolección para Y @ WHEELS este año es entre las 5:45pm y las 6:00pm. También ofrecemos una extensión de cuidado tardío de 30 minutos por una cuota mensual. Los costos son:

OPTIONAL: Late Care Fees (M-F 6:00pm-6:30pm)			
	Annual Cost	Monthly Cost	Daily Cost
5 Days	\$450 a year	\$45 a month	\$2.25 a day
4 Days	\$400 a year	\$40 a month	\$2.50 a day
3 Days	\$350 a year	\$35 a month	\$2.90 a day
2 Days	\$300 a year	\$30 a month	\$3.75 a day

Complete el Formulario de Información de Ingresos para determinar su nivel

Ingresos de Hogar

Guardián 1

Guardián 1 esta empleada? Si ___ No ___ Medio Tiempo ___ Tiempo Completo ___

Lugar de Trabajo: _____

Guardián 1 Ingreso Total Anual (basado en el 2016 1040T) _____

Guardián 2

Guardián 2 esta empleada? Si ___ No ___ Medio Tiempo ___ Tiempo Completo ___

Lugar de Trabajo: _____

Guardián 2 Ingreso Total Anual (basado en el 2016 1040T) _____

Ingresos de Hogar Total (Guardián 1 + Guardián 2): _____

Otra informacion sobre las finanzas de su hogar?

Elige su método preferido de pago:

_____ 1 Pago Completo (9/1)

_____ 2 Pagos (9/1, 12/1)

_____ Mensual (con un tarjeta de crédito disponible)

Cuidado Tardío

El periodo de recoleccion para Y @ WHEELS este ano es entre las 5:45pm y las 6:00pm. Tambien ofrecemos una extencion de cuidado tardio de 30 minutos por una cuota mensual. Los costos son:

5 Days a week: \$45 a month \$450 annually

Please select the days you would like your child in Late Care:

4 Days a week: \$40 a month \$400 annually

Monday ___ Tuesday ___ Wednesday ___ Thursday ___ Friday ___

3 Days a week: \$35 a month \$350 annually

for a total of ___ (2-5) days a week.

2 Days a week: \$30 a month \$300 annually

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 _____

Y @ WHEELS Afterschool Program Financial Terms and Conditions of Registration 2017-2018

Año escolar: El programa de after school comienza el 11 de Septiembre 2017, y termina el 22 de Junio 2018. El año se divide en dos temporadas. La primera comienza el 11 de septiembre 2017, I termina el 26 de Enero 2018. La segunda temporada comienza el 29 de enero 2018, y termina el 22 de Junio 2018.

Deposito y Matricula: un deposito (sin reembolso) de \$200 se requiere para asegurar que su hijo/a tenga un asiento en el programa WHEELS. El deposito de \$200 se requiere antes o cuando registrar 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 su nivel de ingresos

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 arriba.

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): 11 de diciembre – 15 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.

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 I 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 5:45pm y se termina a las 6:00pm. 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 6:01 Y 6:10pm.
- 3) Cada minuto adicional despues de la 6:10 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.

Entiendo y acepto todos los términos y condiciones.

Firma _____ Fecha _____



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



Autorización de los Padres para el Despido 2017-2018

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 2017-2018

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?

___ Sarampión ___ Varicela ___ Sarampión alemán ___ Paperas

Por favor explique las respuestas "sí":

___ 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: _____

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.