

Las Américas ASPIRA Academy

Extended Care Program 2023 - 2024

Información del Estudiante

Nombre de estudiante: _____

Apodo preferido: _____ Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Grado Comenzando agosto 2023: _____

Dirección de Hogar: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ Número de Teléfono#: _____

Información de Padre/Guardián

Nombre de Padre/Guardián #1: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Autorizado para recoger: Sí No

Correo Electrónico: _____

Teléfono Primario#: _____ Texto: Sí No

Teléfono Secundario#: _____ Texto: Sí No

Nombre de Padre/Guardián #2: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Autorizado para recoger: Sí No

Correo Electrónico: _____

Teléfono Primario#: _____ Texto: Sí No

Teléfono Secundario#: _____ Texto: Sí No

¿Viven juntos los padres del niño? Sí No Si respondió no: Separados Divorciados Viudo

¿Existe un arreglo de custodia o visitación? Sí No

Si respondió sí, adjunte la documentación.

Información de Emergencia

Si el padre/ guardián no está disponible en una emergencia, por favor notifique a:

Nombre _____	#Primario _____	#Secundario _____	Relación al niño _____
--------------	-----------------	-------------------	------------------------

Nombre _____	#Primario _____	#Secundario _____	Relación al niño _____
--------------	-----------------	-------------------	------------------------

En el caso de que no se me pueda localizar en una emergencia, doy permiso al médico seleccionado por el coordinador del programa para que transporte, hospitalice, asegure el tratamiento adecuado y ordene una inyección, anestesia o cirugía para mi hijo como se menciona arriba.

Firma: _____ Fecha: _____

Médico de familia: _____ #Teléfono: _____

Dentista de familia: _____ #Teléfono: _____

Seguro médico familiar / hospitalario / HMO: _____

de Póliza: _____ # de Grupo: _____ Compañía: _____

Las Américas ASPIRA Academy

Extended Care Program 2023 – 2024

Información de Recoger

Las siguientes personas están autorizadas a recoger a mi hijo del programa:

NOMBRE	# DE TELÉFONO	NOMBRE	# DE TELÉFONO
1. _____	_____	4. _____	_____
2. _____	_____	5. _____	_____
3. _____	_____	6. _____	_____

Doy permiso a Las Américas ASPIRA Academy para liberar a mi hijo como se indica. Entiendo que cualquier cambio a esta información debe enviarse por escrito a la oficina principal. En caso de que haya una pregunta sobre con quién debe llevarse a mi hijo, mi hijo se quedará en la escuela, se me notificará y seré responsable de recogerlo de la escuela.

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Información Médica

Para ser completado por un padre/guardián:

Compruebe si el niño tiene problemas con alguno de los siguientes y proporcione comentarios adicionales a continuación:

- Tos/ sinusitis frecuentes Estreñimiento / diarrea Convulsiones Desmayos
 Dificultad auditiva Problema de comportamiento Asma Dificultad para hablar
 Dificultad de la vista Discapacidad física Alergias (comida, medicamentos, picaduras de abejas)
 Otro _____

Comentario: _____

Información adicional sobre su hijo (enfermedades graves, accidentes, operaciones, medicamentos, etc.):

Información especial que debemos saber sobre su hijo: _____

Medicamentos que toma su hijo (Nota: si es necesario administrar medicamentos durante el programa, recoja un Formulario de Autorización Médica de la oficina principal):

Información de Emergencia

En el caso de que no me pueda localizar en una emergencia, doy permiso al médico seleccionado por el coordinador del programa para que transporte, hospitalice, asegure el tratamiento adecuado y ordene una inyección, anestesia o cirugía para mi hijo como se menciona arriba.

Firma del padre/guardián: _____ Fecha: _____

Doy permiso a Las Américas ASPIRA Academy para liberar a mi hijo(a) como se indica. Entiendo que cualquier cambio a esta información debe enviarse por escrito a la oficina principal. En caso de que haya una pregunta sobre con quién debe ir a casa mi hijo, mi hijo se quedará en la escuela, se me notificará y seré responsable de recogerlo de la escuela.

Firma del padre/guardián: _____ Fecha: _____

Espectativa del padre/guardián

Yo, _____, padre/tutor de _____ que asiste al Programa Escolar de Cuidado Extendido, por la presente estoy de acuerdo con lo siguiente:

Las Américas ASPIRA Academy

Extended Care Program 2023 – 2024

- Mi niño debe ser dejado en LAAA no más temprano que 6:45am
- Mi hijo debe ser recogido de LAAA no mas tarde de las 6:00pm
- El pago debe realizarse antes de que el cuidado sea concedido
- Habrá un cargo por cada minuto tarde después de la hora de recogida solicitada
- El cuidado puede ser negado después de la tercera recogida tardía

Firma del padre/guardián: _____ Fecha: _____

Consentimiento de los Medios

De vez en cuando, Las Américas ASPIRA Academy puede recibir solicitudes de los medios de comunicación para dar a conocer sus programas educativos y actividades estudiantiles. Además, el maestro y / o administradores de su estudiante aprecian la oportunidad de fotografiar, citar y grabar en video a nuestros estudiantes para usarlos en el boletín escolar, el calendario, el sitio web y otros materiales promocionales o de capacitación / educación. Solicitamos su consentimiento para permitir que su(s) estudiante(s) participe si esto debe suceder. Si no desea que Las Américas ASPIRA Academy de esta información, debe firmar a continuación. Si no firma a continuación, servirá como autorización para que Las Américas ASPIRA Academy fotografíe, grave en video o filme a su hijo, o permitirá que los medios de comunicación lo fotografíen, lo graben o lo entrevisten. También servirá como autorización para que Las Américas ASPIRA Academy utilice declaraciones, respaldos y / o comentarios sobre los programas, servicios, condiciones y personal asociado con la experiencia de su estudiante con Las Américas ASPIRA Academy. Entiendo y acepto que Las Américas ASPIRA Academy y sus empleados no serán responsables del contenido de la cobertura de los medios de comunicación en los que se pueda utilizar dicha entrevista, película, cinta de video o fotografía filmada.

Nota: Las Américas ASPIRA Academy no tiene autoridad para prohibir la filmación de escuelas desde la calle o acera fuera de la propiedad.

NO deseo dar mi consentimiento a esta solicitud.

(Firme SOLO si NO quiere que usemos la imagen de su estudiante)

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Acuerdo de expectativas

Al firmar a continuación, acepto que he discutido con mi hijo las expectativas de LAAA destacadas en el Código de Conducta que seguirá vigente durante el Programa de Cuidado Extendido. Estamos de acuerdo y respetaremos el Código de Conducta de ASPIRA Academy. Entendemos que queda a discreción del Coordinador del programa y del Director de la escuela que los participantes sean suspendidos o cancelados del programa debido a un comportamiento inapropiado.

Entiendo que es mi responsabilidad revisar el Código de conducta con mi hijo.

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Permiso de tiempo de pantalla

Los niños en el programa de cuidado extendido pueden tener acceso a Chromebooks. Estos dispositivos están destinados a ser utilizados para la tarea y / o un video educativo, o un juego relacionado con su plan de estudios. El entretenimiento también se puede ver en una pizarra inteligente, pantalla de cine, computadora, tableta o dispositivo de juego. Los programas serán apropiados para la edad y estarán limitados en el tiempo a menos que ocurra una ocasión o actividad especial. Los niños serán supervisados de cerca mientras usan Internet.

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Pagos y Horarios

Los horarios para la atención solicitada deben enviarse antes de las 6:00 p. m. del miércoles anterior al inicio del servicio de la próxima semana. Las tarifas semanales se establecerán en ese momento. Tenga en cuenta que cualquier solicitud de atención realizada después de esa hora se considerará como "servicio directo" y se le cobrará en consecuencia. No hay tarifas de horas parciales. Todas las tarifas se redondearán a la hora más cercana.

Las Américas ASPIRA Academy

Extended Care Program 2023 – 2024

Cuidado antes de primaria: de 6:45 a.m. a 8:00 a.m., \$10 por día o \$50 por semana completa (tarifa de ingreso diario de \$15)

After care MS – 2:15 pm-3:30 pm - \$10/día o \$50 toda la semana (\$15 tarifa diaria)

After Care MS – 2:15 pm-5:00 pm - \$22/día o \$110 toda la semana (\$33 tarifa diaria).

After Care MS – 2:15 pm-6:00 pm - \$30/día o \$150 toda la semana (\$45 tarifa diaria)

Guardería de primaria: 3:30 p.m. a 5:00 p.m. \$10 por día o \$50 por semana completa (tarifa de ingreso diario de \$15)

Guardería para niños de primaria: de 3:30 p.m. a 6:00 p.m. \$18 por día o \$90 por semana completa (tarifa de ingreso diario de \$30)

Hay disponible un descuento del 25% para aquellos que pagan el mes completo de atención ANTES del primer día del mes. No habrá reembolso por el cuidado de los días que los estudiantes estén ausentes. Todavía se aplican las tarifas diarias si no se solicitó atención previamente.

Como muchos de nuestros clubes son asociaciones con socios de la comunidad, las sesiones del club deberán pagarse en su totalidad por adelantado. No habrá reembolso por sesiones perdidas por ausencia y no habrá descuento por pago anticipado.

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Pagos

La atención solicitada debe pagarse por adelantado. Los pagos por atención extendida deben recibirse a más tardar el viernes al mediodía de la semana anterior a la prestación de la atención. Los pagos por atención prolongada no son reembolsables y la tarifa se establece a partir de las 12:01 a. m. del jueves anterior a la semana de atención.

No habrá reembolsos o deducciones por los días en que los estudiantes estén ausentes. Los únicos reembolsos serán cuando la escuela cancele el cuidado.

Pagos Tardes

Si los pagos se retrasan, no se le dará el servicio de cuidado hasta que las cuentas se paguen en su totalidad.

Recogida Tardía

Los padres/tutores son responsables de un cargo de \$1.00 por minuto, por niño, después de la hora de recogida solicitada hasta las 6:10pm. Después de las 6:10pm, se cobrará \$5.00 por minuto, por niño. Los cargos por recoger tarde a los niños deberán ser pagados a más tardar al comienzo del último día de la semana en que ocurra el retraso. Su(s) hijo(s) no podrá(n) regresar a ASPIRA Extended Care hasta que se hayan pagado todas las cuotas por retraso. Las continuas recogidas tardías pueden resultar en la pérdida de mi plaza para futuras semanas de Extended Care.

Firma del padre/guardián _____ Fecha: _____

Facturas / Recibos de impuestos

Tenga en cuenta que las facturas y los informes de impuestos de fin de año se envían por correo electrónico en enero. Es su responsabilidad mantener informado al programa de atención extendida sobre su información actualizada. Los recibos de impuestos no se enviarán por correo.

Locaciones

Antes de dejar el cuidado y después de recogerlo se llevará a cabo en la entrada de Pond View.

Ofrendas de comida

Tenga en cuenta que a todos los estudiantes se les ofrece la cena gratis todos los días en el cuidado después de clase. El desayuno está disponible para su compra durante el cuidado antes de clase. Los menús están disponibles en línea en www.aspiraacademy.org.

Cosas personales

Las Américas ASPIRA Academy no será responsable por ningún artículo personal perdido, roto o robado que se traiga a la escuela.

Tenga en cuenta que los niños no deben traer juguetes personales, aparatos electrónicos o teléfonos celulares a la escuela. Si se traen artículos a la escuela, pueden ser confiscados y entregados al padre/tutor en el momento de la recogida. Si hay una tercera ofensa, el niño será suspendido del cuidado extendido por un día. **De acuerdo con el Código de Conducta, no se permite el uso de teléfonos celulares en ASPIRA Academy, esto incluye el cuidado antes y después.**

Las Américas ASPIRA Academy

Extended Care Program 2023 – 2024

Permiso de Información

Si alguien, que no figura en la lista como contacto de emergencia, necesita recoger al estudiante (s), se debe enviar un aviso por escrito a la oficina principal y se debe recibir una respuesta antes de que se le dé permiso a otra persona para recogerlo. Identificación emitida por el estado será necesario en el momento de la recogida. El estudiante no será entregado a ninguna persona que parezca estar discapacitada o incapaz de transportar al estudiante de manera segura fuera del campus. **Si, después de todos los intentos razonables de contactar al padre/guardián y contactos de emergencia, el niño permanece en LAA después de las 6:15 pm, nos reservamos el derecho de contactar al DFS para tomar la custodia del niño hasta que el padre/guardián asuma la custodia del niño.**

Estoy de acuerdo con todas las reglas y regulaciones mencionadas anteriormente _____
Recibí una copia del contrato del programa de atención extendida. _____ (Iniciales)

Reconocimiento

Firme a continuación para reconocer que ha leído y entiendo las políticas de pago de atención extendida que se deben cumplir

Nombre Escrito

Firma

Fecha

Correo Electrónico

Registro anual de avisos sobre derecho a saber de los padres Log-NCC

Al firmar este formulario, reconozco que he recibido una copia del Aviso sobre el derecho de los padres a saber que dice: "SEGÚN EL CÓDIGO DE DELAWARE, USTED TIENE DERECHO A INSPECCIONAR LOS ARCHIVOS ACTIVOS Y LOS ARCHIVOS DE QUEJAS DE CUALQUIER CENTRO DE CUIDADO INFANTIL CON LICENCIA". Para revisar el registro de un centro de cuidado infantil, comuníquese con el especialista administrativo, Office of Child Care Licensing, 3411 Silverside Road, The Concord | Hagley Building, Wilmington, Delaware 19810, teléfono (302) 892-5800.

También puede ver quejas fundamentadas e historiales de revisión de cumplimiento visitando la búsqueda de cuidado infantil de la Oficina de Licencias de Cuidado Infantil en https://education.delaware.gov/families/occl/child_care_search/.

Nombre de Pade/Guardián: _____ Firma: _____
Nombre del Niño: _____ Fecha de Recepción: _____