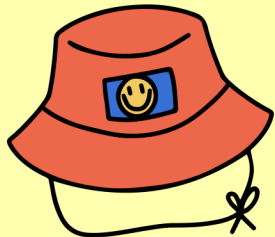




# KIDS UNLIMITED CAMPAMENTO DE VERANO

PARA ESTUDIANTES QUE COMPLETARON KÍNDER-6TO GRADO



**LUGARES DE CAMPAMENTO**  
OAK GROVE ELEMENTARY  
ROOSEVELT ELEMENTARY  
WASHINGTON ELEMENTARY

Fecha

**20 DE JUNIO-  
11 DE AGOSTO**

Horario

**7:30-5:30**

Tarifa Semanal

**\$150**

## Semanas de Campamento

- ✓ Semana 1: 20-23 de junio
- ✓ Semana 2: 26-30 de junio
- ✓ Semana 3: 5-7 de julio
- ✓ Semana 4: 10-14 de julio
- ✓ Semana 5: 17-21 de julio
- ✓ Semana 6: 24-28 de julio
- ✓ Semana 7: 31 de julio-4 de agosto
- ✓ Semana 8: 7-11 de agosto



## BECAS DISPONIBLES

**DEPÓSITO:** Para reservar el lugar de su hijo(a), cobraremos \$10 no reembolsables por semana, por niño.

**REGISTRACIÓN:** Costo anual de \$20 para aquellos que aún no están en un programa de después de escuela de KU.



Más Información 541-774-3900

[jpatterson@kuaoregon.org](mailto:jpatterson@kuaoregon.org)





# Kids Unlimited Campamento de Verano Formulario de Salud

Grado Terminado 2022-23:  K  1º  2º  3º  4º  5º

Fecha de Nacimiento: Mes/ Día/ Año/ Grado Terminado 2022-23: Genero:  M  F  
Nombre del Niño: Escuela  
Dirección: Ciudad: Estado: CP:  
Niño Vive Con:  Ambos Padres  Madre  Padre  Otro(a)  
Guardián 1 Nombre: (Celular) (Trabajo) (Casa)  
Guardián 1 Correo Electrónico:  
Guardián 2 Nombre: (Celular) (Trabajo) (Casa)  
Guardián 2 Correo Electrónico:

Talla de Camisa:  Juvenil Pequeño  Juvenil Mediano  Juvenil Grande  
 Adulto Pequeño  Adulto Mediano  Adulto Grande  Adulto XL

¿Necesita su hijo un chaleco salvavidas para nadar?  No  Sí

Casos de custodial/restricción u ordenes de la corte acerca de la cual el personal debe conocer: \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA (S): ADEMÁS DE LOS PADRES AUTORIZADO PARA RECOJER (Debe mostrar una identificación con foto al personal)**

Nombre Relación Teléfono

Nombre Relación Teléfono

Nombre Relación Teléfono

**ALERGIAS: Favor anote todas las alergias, como picaduras de abejas, alimentos, otros:** \_\_\_\_\_  
\*Nota de doctor debe ser suministrada

¿Su niño ha sido picado por una abeja?  Sí  NO

**LIMITACIONES FÍSICAS:** Favor anote limitaciones y las razones de todas las limitaciones: \_\_\_\_\_

**OTRO:** Por favor, use este espacio para facilitar cualquier información adicional sobre el comportamiento del participante físico y emocional o de salud mental acerca de cual el personal debe conocer. \_\_\_\_\_

**MÉDICOS:** Favor anote condiciones médicas que usted piensa que puede ser útil para que el personal del programa sepa (cosas como cirugías recientes, cicatrización de lesiones, o si las condiciones actuales requieren una atención especial): \_\_\_\_\_

**Medicamentos:** Si su hijo (a) toma algún medicamento con o sin receta usted debe llenar la forma de permiso de medicamentos. \_\_\_\_\_ (Iniciales)

Mi hijo(a) **NO** toma medicamentos de forma rutinaria **Y NO** hemos mandado medicamentos al programa para mi hijo.

**¿Esta su hijo(a) protegido con un Seguro de Salud?**  Sí  No Si responde "Si", que tipo de seguro es:

Oregon Health Plan/Medicaid \_\_\_\_\_ All Care \_\_\_\_\_ Seguro del Trabajo/Familiar \_\_\_\_\_ Seguro Privado \_\_\_\_\_

Si responde "No", a nosotros nos gustaría ayudarle para registrarse en el Oregon Health Plan/Medicaid a través del Jackson Care Connect. Para los niños y familias elegibles, el Oregon Health Plan tiene servicios médicos, dentales, de la vista y salud mental a muy bajo costo, o sin costo para los padres de familia.

Nombre del Asegurado FDN Mes/ Día/ Año/ Parentesco con el Paciente

Nombre del Empleador: Trabajo: ( )

Compañía de seguro #Grupo #ID

Dirección de Aseguradora: Teléfono: ( )

## ACUERDO DE PARTICIPACIÓN

Entiendo que Kids Unlimited no asume ninguna responsabilidad por lesiones o enfermedades que pueda sufrir como resultado de mi condición física o como resultado de mi participación en cualquier actividad de Kids Unlimited. Por este medio (y en nombre de mis hijos) libero, exonero y comprometo a no demandar a Kids Unlimited, sus empleados, funcionarios o directores de cualquiera y todas las reclamaciones por lesiones, enfermedad, pérdida o daño que pudiera sufrir como resultado de mi participación. Yo doy permiso a Kids Unlimited de usar su juicio para obtener servicio médico para mí y / o mi hijo. Yo le doy permiso al médico seleccionado por el personal de Kids Unlimited para hacer el tratamiento médico necesario y apropiado. El pago de cualquier resultado, los gastos médicos, o los costos y gastos relacionados deben ser pagados por mi seguro medico o plan de beneficios disponible mío o de mi pareja. He leído y entendido esta declaración y renuncia.

Firma de Padre / Guardián: Fecha:

**Persona Financieramente Responsable**

Relación con el Estudiante:  Padre  Abuelo/la  Guardián Legal  Otro \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Dirección si es diferente: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Alguien está dispuesto a pagar la matrícula por usted?  Sí  No **Tercer Acuerdo** con:  DHS  Migrant Ed  Other: \_\_\_\_\_

Usted recibe:  Snap  OHP  Desempleo Persona de Contacto: \_\_\_\_\_

¿Recibe actualmente alguno de los siguientes?  ERDC  SNAP  OHP  Jackson Care Connect  All Care

Si su respuesta es no, esta interesado en recibir más información/ayuda con el proceso?  Sí  No # de personas en el hogar \_\_\_\_\_

**Ingresos Familiares y Ethnicidad**

\$0-14,999  \$15,000-25,000  \$26,000-40,000  \$40,000+ \*Información confidencial de las estadísticas solamente para fuente de financiación

Afroamericano  Asiático  Hispano  Nativo Americano  Caucásico  Otro \_\_\_\_\_

**Leer y Inicial cada línea**

**Compromisos**

\_\_\_\_\_ **ASISTENCIA:** Hay un requisito mínimo de cuatro semanas.

\_\_\_\_\_ **RECOGER TARDE:** El programa finaliza a las 5:30 pm todos los días. Estaremos cobrando \$15 por los primeros 15 minutos (5:30-5:45) y \$30 por cada 15 minutos después de eso. El llegar tarde constantemente resultara en el ser dado de baja del programa.

\_\_\_\_\_ **COMPORTAMIENTO:** Reconozco que mi hijo debe seguir estándares aceptables de comportamiento, cumplir con las instrucciones de seguridad y abstenerse de comportarse de manera perjudicial para sí mismo, los demás o la propiedad. El incumplimiento de las reglas será causa de despido de mi hijo sin reembolso alguno. Como organización inclusiva, haremos todo lo posible para satisfacer las necesidades de su hijo cuando sea posible. Si bien podemos apoyar una gran variedad de aspectos excepcionales, no podemos ofrecer apoyo personalizado para un niño que necesita cuidados adicionales.

\_\_\_\_\_ **EXCURSIONES:** Normalmente los sitios estarán participando en las excursiones en ocasión. El horario será proveído a usted para su hijo. Si usted no desea que su hijo participe en excursiones por favor consulte el calendario y no podran asistir ese día.

\_\_\_\_\_ **DEPOSITO:** Con el fin de reservar lugar para su niño, usted tendrá que pagar un depósito **no reembolsable de \$10.00 por cada semana, por niño.**

\_\_\_\_\_ **CUOTA DE INSCRIPCION ES DE \$20.00** Si su hijo no esta actualmente atendiendo ningún programa a KU.

\_\_\_\_\_ **VACACIONES/DÍAS AUSENTES:** Por favor notifique a su administrador de sitio por escrito si va a salir para cualquier longitud de tiempo para que sepamos de no eperar a su hijo. Los reembolsos no se darán debido a los días perdidos.

\_\_\_\_\_ **CAMBIOS/CANCELACIONES:** A fin de asegurar el procesamiento adecuado, 5 días de aviso es necesario para los cambios. Un reembolso o crédito se expedirán por pagos hechos adelantados. Los reembolsos no se publicarán si el estudiante deja de asistir sin notificación por escrito. (Forma de cancelación)

\_\_\_\_\_ **PAGOS DE TERCERA PERSONA:** Damos la bienvenida a los pagos de DHS y JOBS siempre con verificación adecuada. Porciones no pagadas (co-pagos) y los vales son responsabilidad de los padres o guardianes.

**Cargos semanales deberán pagarse 7 días antes de la semana del campamento.**  
**Se cobrará una cuota de \$25 a todos los pagos devueltos debido a fondos insuficientes.**

*\*Si usted necesita hacer cambios a sus recibos por favor vaya a la oficina principal en 821 N. Riverside Ave, Medford 541-774-3900*

**ME GUSTARÍA REGISTRAR A MI HIJO(A) PARA:**

Campamento en la Roosevelt Elementary

Campamento en la Washington Elementary

Campamento en la Oak Grove Elementary

Mi hijo tiene una beca de Educación Migratoria.

**CAMPAMENTO DE VERANO \$150 POR SEMANA: \*Cerrado el 19 de junio \*Cerrado el 3-4 de julio**

Semana 1 20-23 de junio\*  Semana 2 26-30 de junio  Semana 3 5-7 de julio\*  Semana 4 10-14 de julio

Semana 5 17-21 de julio  Semana 6 24-28 de julio  Semana 7 31 de julio-4 de agosto  Semana 8 7-11 de agosto

Deletrear Nombre: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Office Use Only: Acct Key \_\_\_\_\_  Prior participant  outstanding balance \_\_\_\_\_ Deposit: \$10 x \_\_\_\_\_ weeks= \_\_\_\_\_ Paid: Cash Credit Check# \_\_\_\_\_



## RECHAZO DE LA PUBLICIDAD

El personal de Kids Unlimited a menudo toma fotos y videos de los estudiantes durante las excursiones, los campamentos y nuestros programas después de escuela para compartir su trabajo y sus logros. Esos logros se comparten a través del sitio web, las redes sociales, las publicaciones impresas, los volantes y los folletos de la organización sin fines de lucro. Kids Unlimited también trabaja con los medios de comunicación locales para promover la organización.

Si no desea que se publique la imagen de su hijo(a), complete nuestro [Formulario de exclusión de grabaciones visuales y de audio/publicación de fotos](#).

Haremos todo lo posible para proteger la privacidad de su hijo(a).

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestra oficina principal.

Gracias,

Personal de KU

Kids Unlimited

821 N. Riverside Ave  
Medford, OR 97501  
(541)774-3900



KidsUnlimitedofOregon



kidsunlimited98



KidsUnlimited98



**GRABACIONES VISUALES Y DE AUDIO/FORMULARIO DE EXCLUSIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE FOTOS**

Entiendo que la imagen de mi hijo(s), la presencia de video o la voz se pueden usar para Kids Unlimited para publicidad incidental, imágenes de sitios web, redes sociales u otros fines. Cuando ocurren estas oportunidades, la imagen del estudiante puede ir acompañada de su información sobre la participación del estudiante en un programa o actividad. Además, entiendo que no se proporcionará ninguna compensación especial para el uso de la imagen de mi hijo(s) y que no se me puede informar con antelación del uso específico de su imagen. Entiendo que, a menos que opte por no participar en esta liberación, la imagen de mi hijo(s) se puede usar sin mi permiso específico, según lo considere apropiado Kids Unlimited.

**SÓLO NECESITA COMPLETAR ESTE FORMULARIO SI SE OPONE AL USO INCIDENTAL DE LA IMAGEN, LA PRESENCIA DE VÍDEO, O LA VOZ DE SU NIÑO(S). SI NO SE OPONE, NO NECESITA HACER NADA CON ESTE FORMULARIO.**

El Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_

NO publique la imagen, la presencia de video o la voz de mi hijo(s) en la organización sin fines de lucro. publicidad, imágenes de sitios web, redes sociales u otros fines

Nombre del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Kids Unlimited

821 N. Riverside Ave  
Medford, OR 97501  
(541)774-3900





**Automated Payment Processing**  
**Safe – Convenient – Easy**

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Escuela:** \_\_\_\_\_

Nos complace ofrecer la seguridad, conveniencia y facilidad de Tuition Express®, un sistema de procesamiento de pagos que permite realizar pagos de inscripción y cuotas de manera segura y puntual desde su cuenta bancaria o tarjeta de crédito.

**AUTORIZACIÓN DE TRANSFERENCIA DE FONDOS ELECTRÓNICOS PARA CUENTA BANCARIA Y TARJETA DE CRÉDITO**

Por la presente (autorizo) (nombre comercial) \_\_\_\_\_ para iniciar los cargos de tarjeta de crédito en la cuenta de tarjeta de crédito a la que se hace referencia a continuación (Sección A) O, iniciar entradas de débito en mi (nuestra) cuenta de cheques o de ahorro, indicada a continuación (Sección B). Para afectar adecuadamente la cancelación de este acuerdo, yo (nosotros) estamos obligados a dar un aviso por escrito de 10 días. Miembros de la cooperativa de crédito: comuníquese con su cooperativa de crédito para verificar los números de cuenta y ruta para pagos automáticos. Verifique con el centro los tipos de tarjetas de crédito aceptadas.

**COMPLETE UNA SECCIÓN SOLAMENTE**  
**SECCIÓN A (Tarjeta de crédito)**

Nombre del titular de la tarjeta \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección del titular de la tarjeta \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de cuenta \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento \_\_\_\_\_

Firma del titular de la tarjeta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**SECCIÓN B (Cuenta bancaria)**

Su nombre \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Nombre del banco o cooperativa de crédito \_\_\_\_\_ Dirección del banco o cooperativa de crédito \_\_\_\_\_ Ciudad Estado Código postal \_\_\_\_\_

Número de tránsito de enrutamiento (ver ejemplo a continuación) \_\_\_\_\_ Número de cuenta (ver ejemplo a continuación) \_\_\_\_\_

Firma autorizada \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**For Official Use Only**

Date Received
Employee Signature



A service of



Copyright Procure Software 1/16/2015