

2023-24



KIDS UNLIMITED

PROGRAMA DESPUÉS DE ESCUELA

LUNES - VIERNES

COMIENZA DESPUÉS DE LA ESCUELA HASTA LAS 6:00 PM

El programa KU opera en la escuela de su hijo(a) y sigue el calendario del Distrito Escolar de Medford.

Actividades diarias de enriquecimiento incluyen Arte, Deportes, Aprendizaje Social y Emocional y STEM. Se proporciona ayuda con la tarea.



Escuelas:

- Howard
- Jackson
- Jefferson
- Kennedy
- Oak Grove
- Roosevelt
- Washington
- Wilson

\$200 Per Mes

Cuota de inscripción de \$20

Aceptamos ERDC (Apoyo de DHS)

Las becas estan disponibles de porcentajes distintos; basados en ingresos y número de personas en el hogar.



541-774-3900

jpatterson@kuaoregon.org





(Office use only)

START DATE: _____

Kids Unlimited Formulario de Salud 2023-2024

Fecha de Nacimiento: Mes/ Día/ Año/ Grado Actual: Escuela: Maestro(a):

Primer Nombre del Estudiante: Apellido: Genero: M F

Dirección: Ciudad: Estado: CP:

Niño Vive Con: Ambos Padres Madre Padre Crianza Temporal Otro(a)

Casos de custodial/restricción u órdenes de la corte acerca de la cual el personal debe conocer:

Guardián 1 Nombre: (Teléfono) (Trabajo)

Guardián 1 Correo Electrónico:

Guardián 2 Nombre: (Teléfono) (Trabajo)

Guardián 2 Correo Electrónico:

¿Asiste algún hermano(a) a esta escuela? ¿Los hermanos asisten a un programa después e escuela de KU? No Sí

Nombre del Hermano(a)

Talla de Camisa: Juvenil Pequeño Juvenil Mediano Juvenil Grande Adulto Pequeño Adulto Mediano Adulto Grande Adulto X-Grande

CONTACTOS DE EMERGENCIA AUTORIZADOS PARA RECOGER AL NIÑO(A) ADEMÁS DE LOS PADRES:

Deben mostrar identificación con foto al personal

Nombre Parentesco Teléfono

Nombre Parentesco Teléfono

Nombre Parentesco Teléfono

ALERGIAS: Favor anote todas las alergias, como picaduras de abejas, alimentos, otros:

**Si es alérgico a los cacahuetes o productos lácteos, deberán tener una nota del doctor y de liberación para el Epi-pen en caso.*

ABEJA: ¿Su niño ha sido picado por una abeja? No Sí

RESTRICCIONES DIETÉTICAS: Favor anote cualquiera y todas modificaciones dietéticas:

OTRO: Por favor, use este espacio para facilitar cualquier información adicional sobre el comportamiento físico y emocional o de salud mental del participante acerca del cual el personal deba saber

MÉDICOS: Favor anote condiciones médicas que usted piensa que puede ser útil para que el personal 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.

Ingresos Familiares y Etnicidad

\$0-14,999 \$15,000-25,000 \$26,000-40,000+ * Información confidencial para estadísticas de fondos y recursos solamente

Afroamericano Asiático Hispano Nativo Americano Caucásico Otro Me niego a responder

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

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

Office Use Only: Intake staff initials Date Rcv'd

Prior participant Previous balance – Amount Total Amount Paid Cash Credit Check #

Scholarship amount Payment arrangements? Third Party? Billing Entered by:

Persona Financieramente Responsable

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

Nombre: _____ Teléfono: (____) _____ # Empleador (____) _____

Dirección si es diferente: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____

Empleador _____ Correo Electrónico _____

¿Alguien está dispuesto a pagar la matrícula por usted? Sí No **Tercer Acuerdo con:** DHS Otro: _____

Compromisos: Leer y su Inicial en cada línea

_____ **RECOGER TARDE:** El programa finaliza a las 6:00 pm todos los días. Estaremos cobrando \$15 en los primeros 15 minutos (6:00-6:15) 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 eliminación del programa sin reembolso alguno.

_____ **DIVULGACIÓN:** Entiendo que, si mi hijo tiene un Plan de Manejo del Comportamiento/IEP/Formulario de Acomodación de Estudiante 504 durante el año escolar, debo comunicarlo y proporcionar una copia. 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. Mi hijo tiene: IEP Plan del Manejo de Comportamiento Forma de Acomodación del Estudiante 504

_____ **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 podrán asistir ese día.

_____ **DEPÓSITO:** Con el fin de reservar lugar para su hijo, usted tendrá que pagar un depósito **no reembolsable de \$20.00** para el año escolar.

_____ **VACACIONES/ENFERMEDAD/DÍAS AUSENTES:** Por favor notifique a su encargado de sitio por escrito si va a salir por cualquier longitud de tiempo para que sepamos de no esperar a su hijo(a). 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) No se otorgan reembolsos por cierres debido a eventos relacionados con el clima o cortes de energía.

_____ **PAGOS DE TERCERA PERSONA:** Aceptamos los pagos de DHS y JOBS siempre con verificación adecuada. Porciones no pagadas (co-pagos) o cupón son responsabilidad de los padres o guardianes. Debe ser pagado el día primero de cada mes con fecha límite el día 15 del mismo mes.

_____ **EL COSTCO de la MATRICULACIÓN** se basa en los ingresos de la familia y la habilidad de la organización para subsidiar a las familias necesitadas. La Cantidad de la matrícula (a continuación) se basa en los ingresos demostrados y los gastos de la parte responsable y se paga mensualmente. Las becas y planes de pago que difieren de la cantidad inicial deben ser solicitadas y documentadas antes de crearse su cuenta.

Un cargo mensual de \$_____ debe ser pagado el día primero de cada mes con fecha límite el día 15 del mismo mes.
Se cobrará una cuota de \$25 a todos los cheques devueltos debido a fondos insuficientes.

Seguro de Salud

¿Está su hijo(a) protegido con un Seguro de Salud? No Sí

-Si responde "Sí", qué tipo de seguro es: Oregon Health Plan/Medicaid _____ All Care _____ Seguro del Trabajo/Familiar _____ Seguro Privado _____

-Si responde "No", a nosotros nos gustaría ayudarlo 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 _____

El Doctor del niño _____ Teléfono del Doctor _____

El Dentista del niño _____ Teléfono del Dentista _____

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, exonerado 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 médico o plan de beneficios disponible mío o de mi pareja. He leído y entendido esta declaración y renuncia. Para servir mejor a su hijo(a) nosotros trabajamos de cerca con la escuela para monitorear calificaciones y asistencia. Al firmar abajo usted está dándonos permiso para solicitar las calificaciones, la asistencia, datos de comportamiento y resultados de los exámenes de su hijo(a) y así poder servirle mejor. Los programas de Kids Unlimited son únicos porque se basan en la participación comunitaria. El mayor recurso de nuestro programa es el compromiso de nuestras familias para trabajar en colaboración para crear un ambiente enriquecido lleno de oportunidades diversas y actividades de calidad. Las metas del programa incluyen progreso en una o todas las áreas: académicas, asistencia y comportamiento. Este programa fue diseñado para ser académico y no se basa en ser un servicio de cuidado de niños. Nuestro personal trabaja en estrecha colaboración con el personal escolar para garantizar que los niños están recibiendo el apoyo que necesitan para ser exitosos en la escuela, pero no podemos hacerlo sin su apoyo. **He leído y reconozco el acuerdo financiero y del programa provisto:**

Nombre Completo: _____ Firma _____ Fecha: _____



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



Encuesta Familiar de Kids Unlimited

Instrucciones: Por favor responda a cada pregunta escribiendo una "X" junto a la mejor respuesta posible. La información en esta encuesta solo sera usada por Kids Unlimited para comunicar las experiencias y necesidades de las familias y los niños que servimos.

Nombre del Estudiante _____ Grado Actual _____

1) Genero? <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	2) Fecha de Nacimiento? _____	3) ¿Es usted un padre de crianza de los niños que asisten a programas de Kids Unlimited? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4) Por favor especifique su etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Me niego a responder	5) Por favor especifique su raza <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra o Afro Americana <input type="checkbox"/> Nativa Hawaiana o de las Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multiracial	6) Estado Marital <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero

Nombre del Empleador _____

7) Cual de las siguientes describe mejor su ocupación actual? <input type="checkbox"/> Arquitectura o Ingeniería <input type="checkbox"/> Instalación, Mantenimiento, y Reparación <input type="checkbox"/> Gerente <input type="checkbox"/> Artes, Diseño, Entretenimiento, Deportes y Medios de Comunicación <input type="checkbox"/> Producción <input type="checkbox"/> Cuidado de Salud <input type="checkbox"/> Mano de obra calificada (electricidad, de plomería, etc.) <input type="checkbox"/> Trabajo en General <input type="checkbox"/> Ventas <input type="checkbox"/> Agricultura <input type="checkbox"/> Industria de Servicio <input type="checkbox"/> Otro (por favor escriba): _____	8) Cual de los siguientes describe mejor su actual vivienda? <input type="checkbox"/> Una familia renta la casa <input type="checkbox"/> Mas de una familia renta la casa <input type="checkbox"/> Dueño de la Casa <input type="checkbox"/> Casa móvil <input type="checkbox"/> Hotel/Motel <input type="checkbox"/> Viviendo con familiares o amigos (renta gratis) <input type="checkbox"/> Campamento <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia <input type="checkbox"/> Otro	9) Indique sus ingresos anuales en el hogar? <input type="checkbox"/> Menos de \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,000-\$19,999 <input type="checkbox"/> \$20,000-\$29,999 <input type="checkbox"/> \$30,000-\$39,999 <input type="checkbox"/> \$40,000-\$49,999 <input type="checkbox"/> \$50,000-\$59,999 <input type="checkbox"/> \$60,000-\$69,999 <input type="checkbox"/> \$70,000-\$79,999 <input type="checkbox"/> \$80,000-\$89,999 <input type="checkbox"/> \$90,000-\$99,999 <input type="checkbox"/> \$100,000 o mas
--	--	---

10) Cual es el más alto grado de educación que usted ha completado? <input type="checkbox"/> Preparatoria o GED <input type="checkbox"/> Algo de colegio (menos de 1 año) <input type="checkbox"/> 1 o mas años de colegio (no graduado) <input type="checkbox"/> Graduado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Profesional graduado <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Completo 9o -11o grado <input type="checkbox"/> Completo hasta el 8o grado <input type="checkbox"/> Completo la escuela primaria	11) Estatus laboral <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado independiente <input type="checkbox"/> Actualmente desempleado, pero en busca de empleo <input type="checkbox"/> Actualmente desempleado, no estoy buscando trabajo <input type="checkbox"/> Padre en el hogar <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Incapacitado para trabajar
---	---



Instrucciones: Por favor responda a cada pregunta escribiendo una "X" en el cuadro el cual explica mejor su situación.

Seguridad/Medico/Necesidades Básicas

	Nunca	Algunas Veces	Siempre
12) Mi hijo(a) ve a un doctor o enfermera cuando lo necesita.			
13) Mi hijo(a) esta a salvo de violencia/crimen en mi casa.			
14) Mi hijo(a) esta a salvo de violencia/crimen en mi vecindario.			
15) Mi hijo tiene suficiente comida disponible en casa.			
16) Nuestra familia tiene transportación confiable.			
17) Nuestra familia usa el transporte publico.			
18) Nuestra familia recibe apoyo gratuito o a bajo costo para necesidades básicas de (seguro medico, comida, cuidado infantil, vivienda).			
19) Yo recibí cuidado medico de calidad mientras yo o la mama de mis hijos estaba embarazada.			
20) Yo he sido o tengo amigos/familiars que han sido sentenciados a cárcel/prisión.			

21) Ponga una marca junto a las categorías que son una causa frecuente de estrés para su familia

___ Seguro de Salud ___ Dinero ___ Violencia/Crimen ___ Comida ___ Abuso

___ Comportamiento de su Niño(a) ___ Vecindario Inseguro ___ Transportación

___ Poca Educación ___ Asuntos Legales ___ Poco Apoyo ___ Empleo

___ Adicciones ___ Relaciones/Matrimoniales ___ Seguridad/Vivienda Consistente

22) Es el Ingles su lenguaje primario?

___ Sí ___ No

23) Es el Ingles el lenguaje primario de su hijo(a)? ___ Sí ___ No

24) Su hijo(a) recibe servicios especiales que le gustaría hacernos saber?

___ Sí ___ No

25) Le gustaría información para continuar su educación?

___ Sí ___ No

26) Usted tiene un hijo(a) que atendió previamente o esta atendiendo actualmente Head Start?

___ Sí ___ No

27) Le gustaría información acerca de los programas de Head Start?

___ Sí ___ No

28) Hay niños de crianza viviendo en su hogar?

___ Sí ___ No



Informe de Tarifas para el Programa de Después de Escuela de Kids Unlimited

Descripción	Cantidad de Cobro
Cobro de Registración Anual	\$20 por Familia
Cobro Mensual <i>Pagar el 1ro de cada mes, se considera tarde después del día 15.</i>	\$200 por Cada Niño Para aplicar para una beca debe traer una copia de su talón de cheque o copia de impuestos más reciente.
Cobro por Recoger a su Hijo(a) Tarde <i>Por recoger a su hijo(a) después de las 6:00pm</i>	\$15 por los primeros 15 minutos 6:00-6:15, y \$30 por cada 15 minutos después.
Cobro por Cheque Regresado	\$25.00 por cada cheque regresado

Para poder proporcionar una atención más consistente que cubra todos los costos operativos, no se otorgará crédito cuando el niño no asista al programa. Todas las tarifas se deben pagar el 1ro de cada mes y se consideran tarde después del día 15. La oficina le imprimirá su factura al comienzo de cada mes y su encargado de sitio se la entregará durante el programa de después de escuela.

Cuentas que estén atrasadas en sus pagos pueden ser sujetas a que el estudiante sea dado de baja del programa de después de escuela. Si su hijo(a) es removido del programa de después de escuela, eso implicará otro proceso de inscripción para registrarse de nuevo.

Cuidado de Niños Relacionado con el Trabajo(ERDC)

Familias de bajos ingresos que trabajan pueden ser elegibles para ayuda financiera con el costo de cuidado de su hijo. ERDC es un programa de subvención. Esto significa que familias elegibles pueden aún pagar una parte del costo del cuidado del niño. Esta cantidad depende del ingreso familiar, tamaño, y la cantidad que cobra la persona o establecimiento que cuida al niño.

Los cobros mensuales pueden ser pagados por uno de estos cuatro métodos fáciles:

1. En Sitio

Durante el programa de después de escuela, los encargados de sitio aceptan cheques, efectivo (no hay cambio disponible), y pagos con tarjeta de crédito/débito. Se le entregará un recibo en cada transacción.

2. Por Teléfono

Llame a nuestra oficina principal al 541-774-3900 para hacer un pago por teléfono utilizando su tarjeta de crédito/débito.

3. En Línea

Haga su pago en línea en www.MyProcure.com

- A. Entre a www.MyProcure.com e inicia su sesión. Si aún no tiene una cuenta, lo único que tiene que hacer es utilizar el correo electrónico que tiene registrado con Kids Unlimited para poder comenzar.
- B. Ya que haya iniciado su sesión:
 - a. Seleccione el botón de *Pay*.
 - b. Introduzca la información de su tarjeta de débito/credito y la cantidad que quiera pagar.
 - c. Seleccione *Pay Now*.

4. Pagos Automatizados con Tuition Express el 1ro o 15 de Cada Mes

Estamos emocionados de ofrecer esta manera segura, conveniente, y fácil de Tuition Express -un sistema de procesamiento de pagos que permite que se hagan pagos seguro y a tiempo de su cuenta de banco. Si está interesado en este servicio, por favor complete la forma de autorización adjunta.





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



procure
SOFTWARE®

Copyright Procure Software 1/16/2015