



Favor de contestar todas las preguntas y cajas.
Escribir N/A o colocar una X en cajas que no desea contestar.

Office Use Only	
1. scan	_____
2. chart	_____
3. emergency	_____
4. procare	_____
5. contact	_____
6. phone	_____

Formulario de Inscripción para el Programa Juvenil SACC 2023-24 Papeleo Semestral

Todo el Mundo es Bienvenido

VYFS respeta la diversidad y los derechos de las personas a las que sirve.

Nombre de Niño		Apodo:	Grado:
Escuela:	Fecha de Nacimiento:		
Dirección:	Ciudad:	Zip:	
Dirección postal:			
Teléfono del hogar:		Maestro/a	

Padre/Tutor que complete este formulario es responsable del pago.) Proveedor solicitada para la comunicación por texto.

Nombre del Padre/Tutor	Teléfono y proveedora
Dirección (Si es diferente de la del niño.)	
Nombre de Empleador	Teléfono de trabajo
Correo Electrónico	
Nombre del Padre/Tutor	Teléfono y proveedora
Dirección (Si es diferente de la del niño.)	
Nombre de Empleador	Teléfono de trabajo
Correo Electrónico	

Debe incluir direcciones para todos los contactos y proporcionar contacto de la isla cuando no esté disponible

Contacto de emergencia (no padre/médico)	Teléfono:
Dirección	
Contacto de emergencia fuera del área	Teléfono:
Dirección	

Seguro: Es responsabilidad de cada individuo, sus padres o tutores legales, para proporcionar su propio accidente y cobertura de salud mientras participa en todas las actividades de VYFS. VYFS no proporciona ningún accidente o cobertura de salud para sus participantes.

Médico del Niño:	Teléfono:
Dirección:	
Fecha del último examen físico:	Fecha de la última cita dental:
Compañía de Seguros Médicos:	Política #:
Dentista del Niño/Ortodoncista	Teléfono:

Necesidades médicas, conductuales y de desarrollo específicas: complete por completo. Las licencias no aceptan espacios en blanco.

Modificaciones/Alergias Dietéticas:	
Enfermedad crónica/recurrente:	
Medicamentos actuales:	
¿Medicamentos que se utilizarán durante la atención?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Se enviará un formulario médico
Discapacidad Física:	
Problemas de comportamiento	
Retardo	
Enumere cualquier actividad de la que su hijo deba ser eximido por razones de salud	

Dependiendo de la necesidad de su hijo, es posible que se requiera documentación adicional y una reunión con el Director del Programa VYFS antes del comienzo de su hijo para asegurarse de que su hijo pueda ser mejor acomodado.

1. ¿Qué ha hecho su hijo que le sorprendió con una nueva habilidad o comprensión?

2. ¿Cómo va su hijo a probar algo nuevo?

3. ¿Qué le gusta realmente hacer a su hijo?

4. ¿Cómo responde su hijo a nuevas situaciones o desafíos?

5. ¿Con quién de su familia y amigos le gusta pasar tiempo? ¿Cuáles son algunas de las cosas que esa persona hace con o enseña a su hijo?

Formulario de Acuerdo de Cuidado Infantil de Vashon Kids en la Escuela de Chautauqua

Nombre del Niño _____ Grado en el otoño _____

Nombre del Maestro/a _____ La Fecha de Hoy _____

Por favor indique la fecha en la que vamos a iniciar a cuidar a su hijo ____/____/____

Indique el tipo de atención que necesitará (marque solo una casilla):

- \$695 al Mes – 5 Días a la Semana – Todo inclusivo Antes y Después de la Escuela incluye:** días en los que llega tarde, días en los que sale temprano, días de conferencia, recreos, días de servicio al maestro & feriados listados en el manual de la guardería.
- \$615 al Mes- 4 Días por Semana- Todo Inclusivo Antes y Después de la Escuela por sus 4 días:** Marque con un círculo los días de la semana: **L M M J V** (días en los que llega tarde, días en los que sale temprano, días de conferencia, recreos, días de servicio al maestro & feriados listados en el manual de la guardería.)
- \$535 al Mes– 3 Días a la Semana – Todo Inclusivo Antes y Después de la Escuela por sus 3 días:** Marque con un círculo los días de la semana: **L M M J V** (días en los que llega tarde, días en los que sale temprano, días de conferencia, recreos, días de servicio al maestro & feriados listados en el manual de la guardería.)
- \$480 al Mes – 5 Días por Semana – Guardería antes de la escuela** **ver cargos adicionales*
- \$480 al Mes – 5 Días por Semana – Guardería después de la escuela** **ver cargos adicionales*

Indique con un círculo los días de la semana: L M M J V

- \$430 al Mes– 4 Días/Semana-** Guardería antes de la escuela **ver cargos adicionales*
- \$430 al Mes– 4 Días/Semana-** Guardería después de la escuela **ver cargos adicionales*
- \$375 al Mes– 3 Días/Semana-** Guardería antes de la escuela **ver cargos adicionales*
- \$375 al Mes– 3 Días/Semana-** Guardería después de la escuela **ver cargos adicionales*
- \$260 al Mes - 2 Días/Semana -** Guarderia antes de la escuela **ver cargos adicionales*
- \$260 al Mes - 2 Días/Semana -** Guarderia después de la escuela **ver cargos adicionales*

Drop-in: organice la atención con al menos 24 horas de anticipación, el pago se debe realizar en el momento del servicio. ***Cargos adicionales: \$50.00 de cargo adicional por días completos de guardería**

Cargos directos	Antes o después \$35	Lanzamiento anticipado \$75/
	PDD \$50	Días completos feriados \$100

- Precio del plan especializado** _____

Marque cualquiera de las casillas si corresponde

- Si tiene más de un hijo inscrito, se aplica un descuento del 15% a todos los hermanos bajo cuidado.
- Se aplica un descuento del 25% a todo el personal del Distrito Escolar de Vashon.

Si tiene preguntas sobre las cargas o necesita asistencia financiera, comuníquese con VashonKids@vyfs.org

VK SACC 2023-2024 Plan De Pago

Nombre de Niño _____ # Días por Semana: _____

Nombre del Padre/Tutor _____ Correo electrónico _____

Política de cancelación: El cuidado de niños será denegado por falta de pago si el pago no se recibe antes del primer mes antes de la atención o en el momento de la entrega. Si no se puede realizar el pago, es su responsabilidad comunicarse con el director sobre otros arreglos. Por favor, proporcione dos semanas de aviso de cualquier cambio de horario para que no se le cobren las tasas de matrícula. **Firma del padre/tutor** _____

Por favor, elija un plan: Marque la casilla y firme la autorización para la opción que ha elegido:

A. _____ **Deseo pagar VYFS manualmente en o antes del día 25 del mes anterior a la atención.** Acepto pagar VYFS manualmente con cheque, efectivo o giro postal cada mes por las tarifas de cuidado infantil según sea necesario. Entiendo que debo entregar el pago a VYFS o Vashon Kids (en persona o por correo) en o antes del día 25 del mes antes de que comience la atención.

B. _____ **Deseo pagar VYFS manualmente EN LÍNEA en o antes del día 25 del mes anterior a la atención.** Acepto pagar VYFS manualmente con tarjeta de crédito o débito cada mes por las tarifas de cuidado infantil según sea necesario. Entiendo que debo entregar el pago a la cuenta myProcare en o antes del día 25 del mes antes de que comience la atención. Entiendo que las instrucciones se enviarán por correo electrónico a la dirección de correo electrónico que he proporcionado y que tendré que iniciar sesión y realizar pagos.

C. _____ **Deseo pagar VYFS con tarjeta de crédito recurrente.** Entiendo que mi tarjeta se cargará el día 25 de cada mes por los cargos de matrícula del mes siguiente. He leído y firmado el formulario de tarjeta de crédito. **He leído y firmado el formulario de tarjeta de crédito.**

A. _____ **Deseo pagar VYFS manualmente en o antes del momento del servicio.** Acepto pagar VYFS manualmente en efectivo, cheque o giro postal a Vashon Kids o VYFS en o antes del momento de la atención. Entiendo que debo entregar el pago a Vashon Kids o VYFS en o antes de que comience la atención.

B. _____ **Deseo pagar VYFS manualmente EN LÍNEA en o antes del momento del servicio.** Acepto pagar VYFS manualmente con tarjeta de crédito o débito a MyProcare en o antes del momento de la atención. Entiendo que debo entregar el pago a la cuenta de MyProcare en o antes de que comience la atención. Entiendo que las instrucciones se enviarán por correo electrónico a la dirección de correo electrónico que he proporcionado y que tendré que iniciar sesión y realizar pagos.

C. _____ **Deseo pagar VYFS con tarjeta de crédito recurrente.** Entiendo que mi tarjeta se cargará el día 25 de cada mes por los cargos de matrícula del mes siguiente. He leído y firmado la Autorización para cargos recurrentes de tarjetas de crédito para Planes de Atención. **Firma del padre/tutor** _____ **Fecha** _____

Autorización para los cargos de la tarjeta de crédito para los planes de atención

¿El nombre del padre/tutor es el mismo que el que aparece en la tarjeta de crédito? (Circule uno) SÍ NO
¿cuál es la relación entre el titular de la tarjeta y el padre/tutor? _____

Por la presente autorizo a Vashon Youth & Family Services a cargar mi tarjeta de crédito mensualmente por los cargos de matrícula del plan de cuidado infantil. Cuando mi institución financiera respete tales cargos, esto hará que mi recibo sea de pago. Además, estipulo las siguientes condiciones:

- Entiendo que los pagos de matrícula se cobran el día 25 del mes por la atención del mes siguiente.
- Entiendo que estos pagos están en curso hasta que usted le notifique que cambie o termine el cuidado infantil.
- Entiendo que se me cobrará una tarifa de procesamiento de \$3.00 por cada cargo de tarjeta de crédito.
- Entiendo que soy personalmente responsable de cualquier pago rechazado o no procesado por mi institución financiera y/ o VYFS.

Nombre tal como aparece en la tarjeta de crédito _____

Telefono: _____

Dirección: _____

Número de tarjeta _____

Fecha de caducidad _____

Por la presente reconozco que he leído y acepto las condiciones indicadas anteriormente.

Firma del titular de la tarjeta de crédito

Fecha

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO DE LOS PADRES/TUTORES

*La siguiente información es importante para la seguridad y protección de su hijo.
Por favor, lea la información y firme este formulario.*

- **Entiendo que** el adulto que firma al niño para el programa es responsable de los pagos a VYFS.
- **Entiendo que** todos los documentos financieros, de asistencia, de inscripción y otros documentos de negocios se proporcionarán solo al adulto que firme al niño para el programa y es responsable del pago.
- **Entiendo que** tengo libre acceso, en todo momento, a las áreas del programa utilizado por mi hijo. También entiendo que tendré oportunidades de participar en las actividades del programa, y que esta participación puede requerir que pase por un proceso de selección. También entiendo que si mi participación obstruye el programa de alguna manera, este privilegio será revocado.
- **Entiendo que** no voy a dejar a mi hijo en el sitio del programa a menos que un personal de VYFS esté allí para recibir y supervisar a mi hijo.
- **Entiendo que** a mi hijo no se le permitirá salir del programa con una persona no autorizada.
- **Entiendo que** si una persona llega a recoger a mi hijo que parece estar bajo la influencia de drogas o alcohol, para la seguridad del niño, el personal puede no tener otro recurso que ponerse en contacto con la policía.
- **Entiendo que** se me proporcionará información sobre el progreso de mi hijo y / o cualquier problema relacionado con su cuidado, sin embargo, ambos padres / tutores pueden recibir esta información a petición.
- **Entiendo que** el personal en el niño cson* tienen el mandato, por ley estatal, de reportar cualquier caso sospechoso de abuso o negligencia infantil a las autoridades apropiadas para la investigación. También se alienta al personal de VYFS en otros programas a reportar casos sospechosos de abuso, porque nos preocupamos por los niños. Además, nuestro personal está protegido de la responsabilidad por la presentación de informes de buena fe.

He leído y entiendo las declaraciones anteriores y he recibido una copia de:

- _____ **Manual de la familia (que contiene políticas, procedimientos, filosofía, etc.)**
- _____ **Plan de Preparación para Desastres (en handbook)**
- _____ **Política de mascotas (en el manual)**
- _____ **Política de plaguicidas (en el manual)**
- _____ **Declaración para la Prevención del Abuso para empleados y voluntarios(en manual)**

Firma del padre/tutor y fecha

Acuerdo de Expectativas Conductuales de Vashon Kids

Vashon Kids is committed to providing a positive atmosphere that is safe and inclusive to all in our community.
To ensure this, *Vashon Kids* has established Behavioral expectations that highlight the following core values:

Respeto

Ser honorable y cooperativo con el personal de Vashon Kids y otros,

Responsabilidad

Ser responsable por si mismo, por los demás y por el medio ambiente,

Honestidad

Participar en un juego justo y veraz,

Cuidado

Hacer una buena consideración hacia los compañeros, el personal y el de Vashon Kids.

Nosotros (mi hijo/a y yo) hemos leído, discutido y elegimos mantener los valores fundamentales del Acuerdo de Comportamiento de Vashon Kids.

Padre De Familia #1

Su nombre _____

Padre De Familia #2

Su nombre _____

Fecha _____

Participante (hijo/hija)



Vashon Kids

Autorización para el intercambio de información confidencial

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: Chautauqua Elementary Fecha: 2023-2024 School Year

Este formulario es para otorgar permiso al personal de Vashon Kids y a los empleados de la Escuela Primaria Chautauqua para comunicarse en nombre de la educación y el crecimiento de su hijo. Como padre/tutor del estudiante anterior, autorizo el intercambio mutuo de información confidencial entre Vashon Kids y:

Agencia/Practicante: Vashon Island School District #402 Teléfono: (206) 463-2121

Dirección: 9309 SW Cemetery Road Ciudad: Vashon Estado: WA Zip: 98070

Toda la información será tratada de manera confidencial por Vashon Kids bajo la Ley de Derechos de Educación Familiar y Privacidad (FERPA).

Mi consentimiento para la divulgación de información confidencial es voluntario y puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento por escrito. En caso de retirar mi consentimiento, no se aplica a la información que ya se ha proporcionado bajo el consentimiento previo para su liberación.

Este documento expira al final del año escolar.

Dirma del Padre/Tutor _____ Fecha: _____



Consentimiento para la aplicación de protector solar

Favor de aplicar protector solar antes de llegar

Nombre del Niño: _____

Vashon Kids Program tiene mi permiso para usar el siguiente protector solar en mi hijo:

Rocky Mountain Sunscreen Broad Spectrum SPF 30, resistente al agua, sin aceite de nuez, sin fragancia, hipoalergénico y sin grasa

Ingredientes Activos (Sunscreens): Avobenzone 1.8%, Homosalate 7%, Octocrylene 5%

Firma del padre: _____ Fecha: _____

O

NO QUIERO que se use el protector solar mencionado anteriormente.

Voy a suministrar el siguiente protector solar para que el personal lo use en él / ella:

Nombre del protector solar/SPF: _____

Firma del padre: _____ Fecha: _____

La Ley del Estado de Washington requiere que los padres den permiso para usar cualquier medicamento, incluyendo protector solar. Los niños menores de dos años también necesitan el consentimiento por escrito de su proveedor de atención médica.