

To Be Filled In By City
A Rellenar Por La Ciudad

Date Received: _____

Time Received: _____

Name: _____

Grade in 2020/21: _____



After School Program Packet

2020-2021

*"Committed to Empowering Children
Through Education and Beyond."*

*"Cometidos en habilitar a los niños por
medio de la educación y mas allá."*

This institution is an equal opportunity provider.



PROGRAMA DESPUÉS DE LA ESCUELA DE LA CIUDAD DE WINTERS POLÍZA PARA SALIR TEMPRANO

Yo entiendo que la intención del Programa Después de la Escuela está diseñado para que los estudiantes asistan al programa todo el día, todos los días se ofrece el programa. Aunque algunos estudiantes pueden tener otras actividades planeadas * (lea abajo), yo por medio de este contrato le permito a mi hijo/a de salir antes de que se cierre el Programa Después de la Escuela a las **6:00 pm**.

Nombre del Participante: _____ Fecha: _____

Nombre del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____
(Por favor imprime su nombre)

Nombre del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Por favor marque la caja si su hijo/a va a asistir a un programa paralelo. (Se solicitará Prueba de Actividad. Consulte la página con la políza.)

Mi hijo/a puede ser recogido por:

1. _____ Numero de Teléfono: _____
2. _____ Numero de Teléfono: _____
3. _____ Numero de Teléfono: _____
4. _____ Numero de Teléfono: _____

Si usted le da permiso a su hijo/a para regresar a casa caminando, por favor firme abajo.

(por favor marque uno) Yes No

Guías Para Recoger Tarde: Si usted va a llegar tarde (después de 6:00pm), por favor, haga arreglos para que una persona (mencionados anteriormente y en la tarjeta de emergencia) pueda recoger a su hijo/a y llama al Coordinador del Programa. Si su niño es recogido tarde, **se le cobrará una multa de \$1 por cada minuto usted llega tarde**. Por favor, estes preparado para pagar la multa en el momento de la recogida. Si las recogidas tardes continuen y falta de pagar la multa(s), resultará en el despido de su hijo/a del programa.

Nombre del Padre/Guardián: _____
(Por favor firma)



Ciudad de Winters Programa Después de la Escuela - Contrato

Estudiante: _____ Grado: ____ # de teléfono después de las 3:00pm: _____
(2020-2021)

El objetivo del Programa Después de la Escuela de Winters es proveer a los estudiantes con un ambiente de aprendizaje seguro, positivo y divertido durante las horas después de la escuela.

Componentes del Programa: Apoyo Académico, Enriquecimiento, Recreación, Merienda Saludable

Todos los estudiantes que participen tendrán que seguir los estándares de la escuela durante las horas del programa. Esto significa ser siempre:

- Seguridad
- Respetuoso
- Responsable

Yo, _____, por medio de este contrato, inscribo a mi hijo/a, _____, en el Programa Después de la Escuela de Winters. Entiendo que la **continuación de inscripción** de mi hijo/a en el programa dependerá de lo siguiente:

1. La asistencia diaria completa es **obligatoria**. Horario del programa comienzan inmediatamente después de la salida de la escuela regular hasta las 6:00 pm. El estudiante debe estar presente durante el horario regular de la escuela para asistir al programa. Si mi hijo/a se acumula cinco ausencias injustificadas, él/ella puede ser despedido del programa.
2. Voy a recoger a mi hijo/a todos los días en el momento apropiado. Si envío a alguien en mi lugar, notificaré al personal del Programa Después de la Escuela por adelantado o le enviaré una nota con mi hijo/a.
3. Entiendo que si no recojo a mi hijo/a al tiempo indicado a recogerlo, me cobrarán una multa de \$1.00 por niño por cada minuto que llegue tarde.
4. Repetidas recolecciones tardes, mala conducta o incumplimiento de los requisitos de asistencia puede resultar en el despido de mi hijo/a del programa.
5. Costos de matrícula serán cobrados por cada niño inscrito en el programa. \$25 al mes para los que califican en recibir almuerzo gratis, \$50 al mes para los que califican en recibir almuerzo reducido y \$100 al mes para los que no califican. No hay descuentos para familias con más de un niño en el programa.

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

Firma de la Coordinadora: _____ Fecha: _____



PROGRAMA DESPUES DE LA ESCUELA DE WINTERS

Autorización de Fotografías/

No es un plantel Licenciado para el Cuidado de Niños

Yo soy el guardián legal del niño nombrado arriba. Yo, a través de este contrato, doy permiso a mi hijo para que participe en el Programa Después de la Escuela. Yo estoy de acuerdo en las condiciones en que mi hijo va a participar en el programa mencionado. He leído y entendido el Acuerdo de Indemnización y Renuncia Médico y Renuncia a la Responsabilidad del Menor para mi hijo, lo cual estoy firmando junto con esta autorización.

Yo, a través de este contrato, doy mi permiso al Programa Después de la Escuela que tome fotos de mi hijo para el propósito del programa, incluyendo para la promoción del programa y la participación en el programa.

Entiendo que esto no es un plantel licenciado para el de cuidado de niños. También entiendo que mi hijo no puede ser detenido en contra de su voluntad.

Padre/Guardián _____
Firma

Nombre

Fecha: _____

Sitio (marque una): Waggoner Elementary
 Shirley Rominger Intermediate

Como se entero de la inscripcion? _____

PROGRAMA DE ENRIQUECIMIENTO Y SEGURIDAD DESPUES DE LA ESCUELA

CUESTIONARIO SOBRE EL ESTUDIANTE

PROPOSITO: Para poder proveer a cada estudiante con la herramienta y asistencia necesaria para una experiencia enriquecida y con éxito en nuestro programa, le pedimos que complete este cuestionario sobre su estudiante. Esta información es para asegurar que se le provee a cada estudiante con las adaptaciones necesarias.

USO: Este cuestionario se usara solamente para el propósito de evaluar las necesidades de los estudiantes mientras participen en nuestro programa para poder establecer adaptaciones para esas necesidades.

Nombre del Estudiante: _____ Grado _____ Masculino ___ Femenina ___

¿Tiene su estudiante alguna de las siguientes condiciones? Si marca "sí" a cualquiera de las siguientes, por favor explique la condición. (Use formas adicionales si es necesario.)

	Sí	No		Sí	No
Discapacidad Física Explique:			Comportamiento peligroso o agresivo Explique:		
Problemas de Habla/Lenguaje Explique:			Problemas con los Riñones Explique:		
Daño al oído/ Pérdida de oído Explique:			Asma/Enfermedad de la Vía de Aire Reactiva Explique:		
Daño a la vista/Ceguedad (Marque "No" si el estudiante solamente usa lentes.) Explique:			Una condición en particular frágil (i.e. huesos frágiles) Explique:		
Soplo Cardíaco/Enfermedad del corazón (Marque "No" si el estudiante tiene un soplo cardíaco inocente.) Explique:			Alergias (incluyendo medicamentos, comida, piquete de abeja) Explique:		
Epilepsia/Ataques Explique:			Enfermedad en la sangre llamada Sickle-Cell Explique:		
Enfermedad de Apetito Explique:			Diabetes Explique:		
Deficiencia de Atención /hiperactivo (ADHD/ADD) Explique:			Preocupación sobre el Comportamiento/Conducta Explique:		
Una enfermedad contagiosa o baja resistencia a una enfermedad contagiosa Explique:			Autismo/ Trastorno en el Desarrollo (PDD) Explique:		
Discapacidad en el Desarrollo Explique:			Otro(s) Por favor especifique:		

Por favor conteste las siguientes preguntas (Use papel adicional si es necesario.)

	Si	No
¿Esta su hijo tomando algún medicamento? Anote los medicamentos:		

Por favor conteste las siguientes preguntas: (Use papel adicional si es necesario.)

	Si	No
¿Es su estudiante dependiente de tecnología?(ejemplo: tubo de traqueotomía, marca pasos, maquina para respirar, oxigeno, etc.)?		

Si sí, explique:		
Necesita su hijo aparatos médicos o de asistencia (ejemplo: silla de ruedas, andadera, etc. Si sí, explique:		
¿Su hijo se comunica a través de lenguaje para sordomudos?		
¿Usa su hijo Braille?		
¿Tiene su estudiante una mascota de asistencia? Si sí explique:		
¿Se necesita que esté presente un asistente medico con su hijo a todas horas (ejemplo: enfermera, asistente especialmente entrenado)? Si es así, explique:		

Por favor marque unas de las siguientes:

- El estudiante NO requiere adaptaciones para participar en este programa.
- El estudiante requiere las siguientes adaptaciones para participar en este programa: (Por favor especifique y use hojas adicionales si es necesario.) _____

Por favor provee información de contacto en caso de emergencia:

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____

Domicilio: _____ Número Alternativo: _____

Permiso del Padre/Guardián para obtener información. Mi firma debajo indica mi consentimiento para que el personal del Programa de Enriquecimiento y Seguridad Después de la Escuela obtenga la información necesaria sobre mi hijo. Yo entiendo que esta información se usará solamente para el propósito de evaluar las necesidades de mi estudiante mientras participe en el programa y, si es aplicable, establecer adaptaciones apropiadas para esas necesidades.

Firma de Padre/Guardián

Fecha

Escriba su nombre

(USO PARA EL PERSONAL DEL PROGRAMA SOLAMENTE)

Fecha Recibido: _____ Recibido por: _____

Repasado por el Coordinador del Programa:

Firma

Fecha



PROGRAMA DESPUÉS DE LA ESCUELA DE LA CIUDAD WINTERS

Acuerdo de Indemnización, Renuncia Medica y Renuncia a la Responsabilidad del Menor

Una descripción completa de las actividades está disponible en la oficina de la Ciudad.

En consideración del niño menor que es permitido por la ciudad de arriba a participar en la actividad descrita arriba, cada uno de nosotros por lo presente renunciamos a descargamos cualquier y todos las demandas y daños por herida personal, muerte o daño a propiedad lo cual el niño menor pueda sostener o cual pueda ocurrir como resultado de la participación del menor en la actividad mencionada. Este renuncia el grupo nombrado arriba (sus oficiales, empleados y agentes) de y en contra de cualquier y toda responsabilidad que se presente o conectado en cualquier forma con la participación del menor en dicha actividad, aunque las responsabilidad se puede presentar debido a la negligencia o por no tener cuidado por parte de la Ciudad y el Programa Después de la Escuela de Winters, sus oficiales, empleados, y agentes.

Cada uno de nosotros entendemos que la actividad descrita pueda ser ambiente peligrosa, estrenua y/o incluya ejercicio físico y/o vigoroso; que los accidentes serios ocasionalmente ocurren durante la actividad mencionada arriba, y la participación en la actividad mencionada ocasionalmente se sostiene heridas, mortales o personales y/o daños de propiedad como consecuencia de esto. Sabiendo los riesgos que están involucrados, sin embargo cada uno de nosotros hemos pedido que el niño menor para participar en las actividades de la Ciudad y el Programa Después de la Escuela de Winters (sus oficiales, empleados, y agentes) los cuales a través de la negligencia o por no tener cuidado puede responsabilidad para mí o para el niño. Se entiende mas allá y se está de acuerdo que esta renuncia y asimilación y suposición de los riesgos será obligación de los herederos y asigna a cada uno de los abajo firmantes.

Cada uno de nosotros estuvimos de acuerdo de indemnizar y poner a la Ciudad de arriba y el Programa Después de la Escuela de Winters (sus oficiales, empleados, y agentes) libre y sin daños de cualquier perdida, responsabilidad y costo cual puede ser acumulado como resultado de herida y/o daño de propiedad que el niño menor pueda sostener mientras participe en la actividad mencionada.

Yo, atesto que yo tengo la custodia o soy el guardián legal del menor mencionado por orden de la corte. Yo estoy de acuerdo en rembolsar o hacer bien cualquier pérdida o daño o gastos que la Ciudad de arriba y el Programa Después de la Escuela de Winters (sus oficiales, empleados, y agentes) tenga que pagar en cualquier litigio que se presente a costo de cualquier demanda hecha por el niño menor o por cualquier persona representando al niño menor.

Yo estoy de acuerdo que en cualquier evento que el niño menor requiera tratamiento médico o operación mientras este debajo de la supervisión la Ciudad de arriba y el Programa Después de la Escuela de Winters (sus oficiales, empleados, y agentes), en conexión con la actividad mencionada, tal supervisor puede autorizar tratamiento. También estoy de acuerdo pagar todos los gastos médicos, de hospital u otros, lo cual el niño menor pueda contraer como resultado de tal tratamiento. Yo expresivamente permitió que el niño menor viaje en automóvil privado o camine a las actividades o eventos relacionado en la actividad de arriba.

He leído con cuidado este Acuerdo de Indemnización, Renuncia Medica y Renuncia a la Responsabilidad del Menor y entendemos totalmente sus contenidos. Yo estoy consciente de esta Renuncia de Responsabilidad y el contrato entre yo y el Programa Después de la Escuela de Winters y yo firmo por mi propia voluntad.

Nombre del Participante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma de Participante: _____ Fecha: _____

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Programa Después de la Escuela de Winters

Información y Paquete de Inscripción

Bienvenidos al Programa Después de la Escuela de Winters. La inscripción del estudiante es valida cuando se entreguen el paquete de inscripción. **El paquete completado debe de ser entregado al Centro de Ayuntamiento (City Hall)** de 8:00 a 5:00pm, lunes a viernes en la oficina de la recepcionista. **Admisión en el programa será principalmente por orden de llegada: primero llegado- primero servido.** El programa intenta servir a los niños con mayor necesidad de apoyo académico adicional, por lo tanto, 10 espacios (5 en Shirley Rominger, 5 en Waggoner) se ofrecerá a las referencias de los maestros por solicitud de las escuelas. Una vez que los espacios de referencia se llenan, la admisión será por orden de llegada, primero-servido base. Una lista de espera para cada grado sera disponible cuando todos los espacios del programa se llenan y se inscribirán por orden de llegada.



Programa Después de Escuela de Winters

Información General / Plan de Pago

El Programa Después de Escuela es fundado y operado en parte grande por una beca del Departamento de Educación del Estado. Los fondos de la beca no cubren el costo entero del programa. Las familias de los estudiantes necesitan pagar solamente una pequeña cantidad para participar en el Programa Después de la Escuela. **Se les cobrará a los padres \$100 por mes por cada niño si no califican para el Programa del Distrito del Almuerzo Gratis/Reducido. \$50 al mes si su niño califica para almuerzo reducido. \$25 al mes si su niño califica para almuerzo gratis.** Se requieren pagos por adelantado cada mes. Todos los pagos se tienen que pagar para el primero del mes. Ningún estudiante se le permitirá asistir al programa si no están al día con los pagos del programa. Los pagos se requieren por adelantado para estar en buena posición.

Se debe de presentar la prueba de calificación para el Programa del Distrito del Almuerzo Gratis/Reducido a la maestra del Programa Después de Escuela dentro del primer mes que empieza el programa. O se puede presentar la prueba de calificación a Centro de Ayuntamiento (City Hall) en la oficina de la recepcionista durante las horas regulares para recibir el descuento en los pagos para el programa. Si es determinado que su hijo no califica, usted tendrá que pagar el costo normal para que su hijo participe en el programa.

El pago puede ser un significativo problema y dificultad para algunas familias. Por esta razón, hay algunas becas disponible y planes de pagos. Planes de pagos serán establecidos por el Coordinador del Programa. Las becas serán decidido por el Coordinador del Programa y serán ofrecidos por orden de llegada.

Sin embargo, sabemos que hay situaciones difíciles. Por lo tanto, si esto es el caso, una carta explicando la dificultad debe ser escrita por el padre/guardián que contiene la prueba de dificultad (prueba de ingresos, recibos de pago, el número de personas en el hogar) y ser entregada con el paquete de inscripción para ser considerada. La situación será revisada y aprobada caso por caso para ver si califica para inscripción gratis.

A los niños en cuidado temporal, conocido como “foster care.” no se les cobrará pagos.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](#), (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su carta o formulario completo al USDA por:

(1) correo: U.S. Department of Agriculture (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.



PROGRAMA DESPUES DE LA ESCUELA/INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

FECHA _____ () Masculino () Femenina Niño adoptado? () Yes () No

Nombre: _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento: _____
APELLIDO NOMBRE

Dirección: _____
CALLE CIUDAD ESTADO / ZONA POSTAL

Teléfono de Casa () _____ Correo Electronico: _____

Escuela: Waggoner Elementary Shirley Rominger Intermediate Grado en 2019-20: _____

Nombre de Padre/Guardián

Numero del Celular de Padre/Guardián

Teléfono de Trabajo de Padre/Guardián

Contacto de Emergencia (no un padre) _____

Numero de Contacto de Emergencia () _____

Información Medico

Por favor apunte problemas medicos, alergias y/o medicinas que esta tomando su hijo

No podemos administrar ningún tipo de medicamento ni tampoco podemos mantener ningún medicamento dentro de nuestro plantel.

Doctor _____/Telefono _____

Hospital _____/Telefono _____

Seguro _____/#de Poliza _____

Numero del Celular de Padre/Guardián

Nombre de Padre/Guardián

Teléfono de Trabajo de Padre/Guardián

Numero del Celular de Padre/Guardián



Programa Después de la Escuela de Winters

Autorización para Obtener Información

Nombre del niño: _____

Grado del Niño en 2020-21: _____ Fecha de nacimiento: _____

Algun información importante con respecto a su hijo tal vez no sea disponible al personal del programa sin su expresivo permiso. Tal información pueda ser necesaria para completar los requisitos con el reportaje requerido por el Departamento de Educación del Estado.

Su firma en esta forma autoriza que nosotros le pidamos dicha información al personal del Distrito Escolar Unificado de Winters. Tal información se usara para reportar sobre el programa o evaluación del programa solamente.

Le agradecemos su cooperación en este esfuerzo. Gracias.

- Registros de Asistencia Diaria
- Indicadores útiles de comportamiento e instrucción
- Comunicación entre el maestro/ayudante de maestro (en forma escrita o verbal, también puede incluir asistencia guiada con la tarea)
- Grados (para la evaluación del programa solamente). Se mantendrá estrictamente confidencial y será reportado como "total del grupo" y "promedios del grupo" solamente, no como estadísticas individuales.

Yo autorizo que se obtenga tal información mencionada arriba para el propósito mencionado solamente. Yo entiendo que puedo retirar esta autorización por escritos fines y usos como declaré. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.

Firma del Padre/Guardián

Fecha



Póliza de Ausencias y Salida Temprana del Programa Después de Escuela de la Ciudad de Winters

El Programa Después de la Escuela de la Ciudad de Winters se ha puesto a disposición de su hijo a través de la Educación y Seguridad Después de la Escuela (ASES, por sus siglas en inglés) del Estado de California, así como de los fondos del programa 21 Century Learning Centers. Como requisito de financiamiento, se espera que los estudiantes asistan al programa todos los días que asisten a la escuela y permanezcan un mínimo de 3 horas por día. Para los estudiantes de 1º a 5º grado en los días escolares regulares, los estudiantes pueden ser recogidos no antes de las 5:30 pm, y los días mínimos pueden ser recogidos no antes de las 4:15 pm. Para los estudiantes de kinder, los días regulares pueden ser recogidos no antes de las 4:45 pm, para los días mínimos pueden ser recogidos no antes de las 3:15 pm.

Entendemos que ocurren situaciones que hacen que los estudiantes deban irse temprano o perder un día en total. Los elementos con viñetas contienen ejemplos de razones justificables para cerrar la sesión del programa antes de tiempo o faltar al programa.

Hable con la coordinadora del sitio de su hijo sobre cualquier excusa que no esté en la lista.

- Citas para el médico
- Emergencia Familiar
- Enfermedad

- Suspensión de la escuela
- Religión
- Decisión del Padre*
- Programas paralelos como el club de tarea patrocinado por la escuela, Girls Scouts, Boy Scouts, liga de deportes, banda, coro, artes marciales etc. (Vea la Póliza de Salida Temprana en su paquete de inscripción)

La liberación temprana excesiva es una seria amenaza para el financiamiento del programa. Por esta razón, todas las salidas anticipadas, ausencias y programas paralelos deben documentarse y requerirán prueba de la actividad del padre / tutor en forma de programa paralelo / programa de actividades, nota del médico o carta del padre / tutor / entrenador.

La llegada tardía al programa solo es aceptable si el estudiante está en el campus con un miembro del personal escolar para los fines de su día escolar regular. Ex intervención de lectura, intervención de matemáticas, etc.

* Firmas de PC antes de las 5:30 pm, sin la debida documentación, se considerará una ausencia injustificada

La recolección tardía repetida, el patrón de baja asistencia, la falta de cumplimiento de los requisitos de asistencia o la falta de pago de la tarifa de recogida tardía pueden resultar en la expulsión de su hijo del programa.