

**AFTER SCHOOL PROGRAM 2018 - 2019
REGISTRATION FORM & AGREEMENT**



Section I: Student Information

Student First Name _____ Last Name _____ Grade _____
 School Attending: Jackson Howard Roosevelt Washington Wilson Oak Grove Table Rock
 Siblings attending Kids Unlimited? Yes No Sibling's name(s) _____
 Student Address _____ City _____ State _____ Zip _____
 Phone _____ Email _____

Section II Financially Responsible Party

Relationship to Student: Parent Grandparent Legal Guardian Other _____
 Name _____ Phone (____) _____ Work Phone (____) _____
 Address if different from student: _____ City _____ State _____ Zip _____
 Employer _____ Email Address _____
 Is someone willing to pay tuition for you? Yes No **Third Party Agreement with:** DHS Other _____

Section III Family Income & Ethnicity

\$0-14,999 \$15,000-25,000 \$26,000-40,000 \$40,000+ *Confidential Information for funding source statistics only
 African American Asian Hispanic Native American Caucasian Other _____ Decline to answer
 Do you currently receive any of the following? ERDC SNAP OHP Jackson Care Connect All Care
 If not, are you interested in receiving more information/help with the process? YES NO Number of people in household: _____

Section IV: Read & Initial each line Commitments

____ **PICK-UP:** Program ends at 6:00 pm each day. We will charge \$10 for every 15 min. you are late unless prior arrangements have been made. If no one can be reached within the hour, the police will be called to escort your child(ren) to Protective Services for child abandonment.
 ____ **BEHAVIOR:** I recognize that my child must follow acceptable standards of behavior, abide by safety instructions, and refrain from behavior that is harmful to oneself, others or property. Failure to adhere to the rules will be cause for my child's dismissal without refund of fees.
 ____ **DISCLOSURE:** I understand if my child has an IEP/Behavior Management Plan/504 Student Accommodation Form during the school year, I must disclose this and provide a copy. As an inclusive organization, we will make every effort to accommodate your child's needs when possible. While we are able to support a wide variety of exceptionalities, we are unable to offer one-on-one support for a child needing extra care.
 ____ **FIELD TRIPS:** Sites will be participating in field trips on occasion. A schedule will be provided to you for your student. If you do not want your child to participate in field trips, please refer to the calendar and have them *not* attend that day.
 ____ **ALLERGIES:** If allergic, you must have a note from doctor & release for Epi-pen if applicable.
 ____ **DEPOSIT:** In order to reserve your child's spot, you will need to pay a **non-refundable \$20.00** for the current school year.
 ____ **VACATION/MISSING DAYS:** Please notify your Site Manager in writing if you will be leaving for any length of time so we know not to expect your child (for safety reasons). Refunds will not be given due to missed days.
 ____ **CHANGES/CANCELLATIONS:** In order to assure proper processing, 5 days notice is required for cancellation. A refund or credit will be issued for proper notice given, for tuition that was paid in advance. Refunds will not be issued if the student stops attending without written notification.
 ____ **THIRD PARTY PAYMENTS:** We welcome payments from DHS & JOBS as long as proper verification is provided. Unpaid portions (co-pays) and vouchers are the responsibility of the parent or guardian.
 ____ **TUITION** is based on the family's household income and the organization's ability to subsidize those in need. The tuition amount (below) is based on the demonstrated income/expenses of the responsible party and is due monthly. Scholarship and payment arrangements that differ from the original amount must be applied for and documented prior to accounts being credited.
Monthly Fee \$ _____ Initial: _____ Due by the 1st of the month, late by the 15th. No sufficient funds fee of \$5 for all returned checks.

Section V: School Year

To better serve your child we work closely with the school to monitor Grades and Attendance. By signing below you are giving us permission to acquire grades, attendance, behavior data, and test scores in order to better serve your child. Kids Unlimited programs are unique because they are founded on community participation. Our program's greatest resource is the commitment of our families to work cooperatively to create an enriched environment full of diverse opportunities and quality activities. Program goals include improvement in one or all areas: academics and behavior. This program was designed to be academic-based, not childcare. Our staff works closely to ensure kids are receiving the support they need in order to be successful in school, but we cannot do it without your support. **I have read and acknowledge the financial and program agreement provided:**
 Print Name: _____ Signed: _____ Date: _____

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: _____

(Office use only)

START DATE : _____

Kids Unlimited Health Form

Birthdate: Month/Day/Year/ Current Grade: _____ School _____

Child's Name: _____ Gender: Male Female Teacher: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Child Lives With: Both Parents Mother Father Other _____

Guardian 1 Name: _____ (Cell) _____ (Work) _____ (Home) _____

Guardian 2 Name: _____ (Cell) _____ (Work) _____ (Home) _____

My child's picture may be used for promotional purpose: No Yes ___ May attend Field Trips: No Yes

Shirt Size: Youth Small Youth Medium Youth Large

Adult Small Adult Medium Adult Large Adult X-Large

Any custody/restraining orders or other court orders we should be aware of: _____

EMERGENCY CONTACT(S): OTHER THAN PARENTS AUTHORIZED TO PICK-UP (Must show picture ID to staff)

Name _____ Relationship _____ Phone _____

Name _____ Relationship _____ Phone _____

Name _____ Relationship _____ Phone _____

Name _____ Relationship _____ Phone _____

ALLERGIES: Please list any and all allergies, such as bee stings, food, or other: _____

Has your child ever been stung by a bee? No Yes

My child has: IEP Behavior Management Plan 504 Student Accommodation Form

DIETARY RESTRICTIONS: Please list any and all dietary modifications. _____

PHYSICAL LIMITATIONS: Please list any limitations and reasons for all listed limitations. _____

OTHER: Please use this space to provide any additional information about the participant's behavior and physical, emotional, or mental health about which the staff should be aware. _____

MEDICAL: Please list any medical conditions that you think may be helpful for the staff to know about (things like recent surgeries, healing injuries, or ongoing conditions needing special attention). _____

Medications: If your child takes medication, prescription or over the counter, you need to fill out a permission form _____

Initial

My child takes **NO** medications on a routine basis **AND NO** medications have been sent to program with this person.

Is your child/children covered by Health Insurance? Yes No If Yes, which type of insurance:

Oregon Health Plan/Medicaid _____ All Care _____ Work-Related Health Insurance _____ Private Insurance _____

If No, we would like to assist you in registering for the Oregon Health Plan/Medicaid through Jackson Care Connect. For eligible children/or families, the Oregon Health Plan provides medical, dental, vision and mental health services at little or no cost to the parent.

Name of Insured _____ DOB _____ Relationship to Patient _____

Student Physician _____ Physician Phone _____

Student Dentist _____ Dentist Phone _____

Name of Employer: _____ Work Phone: (____) _____

Insurance Company _____ Grp # _____ ID# _____

Ins Co Address: _____ Ins Co. Phone: _____

PARTICIPATION AGREEMENT

I understand that Kids Unlimited assumes no responsibility for injuries or illness that I may sustain as a result of my physical condition or resulting from my participation in any Kids Unlimited activity. I hereby (and on behalf of my children) release, discharge and agree not to sue Kids Unlimited, its employees, officers, or directors for any and all claims for injury, illness, loss or damage that I may suffer as a result of my participation. I hereby give Kids Unlimited permission to use their judgment in obtaining medical service for myself and/or my child. I give permission to the physician selected by Kids Unlimited personnel to render medical treatment deemed necessary and appropriate. Payment of any resulting medical, hospital or related costs and expenses must be paid by my insurance or available benefit plan of mine or my spouse. I have read and understand this release and waiver.

Parent/Guardian Signature: _____

Date: _____

(Office use only)

START DATE : _____

Kids Unlimited Formulario de Salud

Fecha de Nacimiento: Mes/ Día/ Año/ Grado Actual: Escuela _____

Nombre del Niño: Genero: M F Maestro(a): _____

Dirección: Ciudad: Estado: CP: _____

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

Guardián 1 Nombre: (Celular) (Trabajo) (Casa) _____

Guardián 2 Nombre: (Celular) (Trabajo) (Casa) _____

¿Puede la foto de mi hijo(a) ser usada con fines promocionales? Sí No ¿Puede asistir excursiones? Sí No

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

Adulto Mediano Adulto Grande Adulto X-Grande

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

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 _____

Nombre Parentesco Teléfono _____

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

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

Mi hijo tiene: IEP Plan del Manejo de Comportamiento Forma de Acomodación del Estudiante 504

RESTRICCIONES DIETÉTICAS: Favor anote cualquiera y todas modificaciones dietéticas: _____

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 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.

¿Está su hijo(a) protegido con un Seguro de Salud? Sí No Sí 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, 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 médico o plan de beneficios disponible mío o de mi pareja. He leído y entendido esta declaración y renuncia.

PROGRAMA DESPUÉS DE LA ESCUELA 2018 - 2019
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y ACUERDOS



Sección I: Información del Estudiante

Primer Nombre del Estudiante: _____ Apellido: _____ Grado: _____
 Escuela a la que asiste: Jackson Howard Roosevelt Washington Wilson Oak Grove Table Rock
 ¿Asiste algún hermano(a) a esta escuela? Sí No Nombre del Hermano(a) _____
 Dirección de Estudiante: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P. _____
 Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico _____

Sección II 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: _____

Sección III 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 _____

Sección IV: Leer y su Inicial en cada línea Compromisos

_____ **TIEMPO DE RECOGER:** El programa termina a las 6:00 pm cada día. Cobraremos \$10 por cada 15 minutos tarde después del cierre programado, también se les llamará a los contactos de emergencia de su lista. Si nadie puede llegar en una hora, la policía será llamada para escoltar a su niño (s) al Servicios de Protección por el abandono de niños.
 _____ **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.
 _____ **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.
 _____ **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.
 _____ **ALERGIAS:** Si es alérgico a los cacahuets o productos lácteos, deberán tener una nota del doctor y de liberación para el Epi-pen en caso.
 _____ **DEPÓSITO:** Con el fin de reservar lugar para su niño, usted tendrá que pagar un depósito **no reembolsable de \$20.00** para el año escolar.
 _____ **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 esperar 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.
 _____ **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.
 _____ El costo 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 \$5 a todos los cheques devueltos debido a fondos insuficientes.**

Sección V: Año Escolar

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: _____

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: _____