2024

KIDS UNLIMITED

Campamento de Primavera

¡ÚNASE A NOSOTROS PARA DEPORTES, ARTE Y MÁS!

Detalles

- Marzo 25-29
- Desayuno, Almuerzo y bocadillo
- Grados K-5to

$25 Por Dia

Para estudiantes **NO** registrados en después de escuela

$10 Por Dia

Alumnos Actuales de KU
*Balances previous deben estar pagados

HORARIO
7:30-5:30

UBICACIÓN

Oak Grove Elementary
2838 W. Main Street, Medford

www.kuoregon.org jpatterson@kuaoregon.org 541-774-3900

KIDS UNLIMITED

(Office use only) START DATE: _____

Kids Unlimited Campamento de Primavera 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 Otro(a) _____

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

Padre/Guardián 1 Nombre: _____ (Teléfono) _____ (Trabajo) _____

Padre/Guardián 1 Correo Electrónico: _____

Padre/Guardián 2 Nombre: _____ (Teléfono) _____ (Trabajo) _____

Padre/Guardián 2 Correo Electrónico: _____

¿Asiste algún hermano(a) a esta escuela? ○ No ○ SÍ Nombre del Hermano(a) _____

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

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.*

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.

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** _____

Semanas: *Los estudiantes NO inscritos en un programa KU pagan $25 por día.
Los estudiantes actuales de KU pagan $10 por día.

☐ Lunes 3/25 ☐ Martes 3/26 ☐ Miércoles 3/27 ☐ Jueves 3/28 ☐ Viernes 3/29

Office Use Only: Date Rcv'd _____ ☐ Previous balance – Amount_____ Total Amount Paid _____ Cash Credit

Check #_____ ☐ Scholarship amount _____ ☐ Payment arrangements? _____ ☐ Third Party? _____ Billing Entered by: _____

CAMPAMENTO DE PRIMAVERA 2024 **FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y ACUERDOS**

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 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.**

_____ **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 niño, usted tendrá que pagar un depósito **no reembolsable de $20.00** para el año escolar. Con el fin de reservar lugar para su niño, usted tendrá que pagar para el año escolar con antelación.

_____ **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.

_____ **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 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.

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

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

-Sí 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 _____

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 A seguranza: _____ 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. 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:** _____

KIDS UNLIMITED