



FOR YOUTH DEVELOPMENT®  
FOR HEALTHY LIVING  
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

Rocketship Southside Community Prep

# EL LUGAR PARA CONSTRUIR CARÁCTER, CONFIANZA Y CREATIVIDAD

## CUIDADO ANTES Y DESPUES DE LA ESCUELA

Proporcionado por la YMCA del area metro de Milwaukee en Rocketship Southside Community Prep.

Atienden a niños, edades 4-13 y dirigido por personal cualificado y dedicado. La licencia del estado en Milwaukee para la programación escolar después de la escuela es diseñada para completar la jornada escolar con actividades divertidas y académicas que apoyan el desarrollo del carácter y un estilo de vida saludable.

### ¿POR QUE MILWAUKEE Y?

- Seguro
- Divertido
- Aprendizaje social y emocional
- Coordinated Approach To Child Health (CATCH)
- Accesible
- Conveniente
- Personal dedicados
- Deducibles de impuestos
- Licencia del estado
- Aceptamos WI Shares

Nuestro programa de la YMCA se ha adaptado para garantizar que cumplamos con todas las estrictas regulaciones de COVID-19 de los CDC, las autoridades locales y los distritos escolares mientras hacemos tiempo para divertirnos y aprender.

**¡REGISTRESE AHORA! ESPACIO ES LIMITADO.**

### PARA MÁS INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

Directora Lizandra Rivera  
414-357-1917  
lrivera@ymcamke.org

### PARA FACTURAS Y REGISTRO:

414-274-0759  
schoolage@ymcamke.org

Solo aceptamos registros en línea en [YMCAMKE.ORG](http://YMCAMKE.ORG)



# ¡REGÍSTRESE EN LÍNEA HOY!

## PROGRAMACIÓN BASADA EN VALORES

Todo el personal de la YMCA se esfuerza por inculcar los cuatro valores básicos de la honestidad, cariño, respeto y responsabilidad a través de actividades, conversaciones y reconocimiento especial:

- **Cariño:** Considerando las necesidades y los sentimientos de los demás
- **Honestidad:** Ser una personal confiable y veráz
- **Respeto:** Tratar a los demás, el ambiente y uno mismo con dignidad
- **Responsabilidad:** La aceptación de la responsabilidad por sus acciones y su papel en la comunidad

## EJEMPLO DEL HORARIO DEL PROGRAMA

Cuidado de AM:

6:45-7:15am **Atendencia y Actividad Individual/Pequeño Grupo**  
7:15-7:45am **Actividad Fisica/CATCH & Despido a la Escuela**

Cuidado de PM:

3:00-3:15pm **Atendencia y Actividades en Pequeño Grupo**  
3:15-3:30pm **Lavado de Manos y Baños**  
3:30-4:00pm **Merienda y Tiempo Social**  
4:00-4:30pm **Ayudas con las Tareas**  
4:30-5:00pm **Actividad Física (CATCH)**  
5:00-5:30pm **Actividades Planeadas**  
5:30-6:00pm **Actividades de Elección del Estudiante**

## APRENDIZAJE SOCIAL Y EMOCIONAL (SEL)

SEL es el proceso a través del cual los niños y adultos entienden y manejan las emociones, muestran empatía por los demás, establecen y mantienen relaciones positivas y toman decisiones responsables. En nuestros programas usamos SEL para ayudar a los niños a aprender, comprender, controlar y manejar sus propias emociones y fortalecer sus habilidades sociales.

## TARIFAS MENSUALES DEL PROGRAMA

Tarifas son basadas en 180 días de escuela, calculado en **TARIFAS MENSUALES FIJAS**, Agosto a Junio. Los meses que contengan semana de descanso como en invierno y primavera, una semana será prorrateada. Junio también será prorrateado.

Mensualidades	2 dais	3 dias	4 dias	5 dias
Cuidado de AM 6.45a.m.-7.45a.m	<b>\$30</b> \$7.50 mes semana	<b>\$45</b> \$11.25 mes semana	<b>\$60</b> \$15.00 mes semana	<b>\$75</b> \$18.75 mes semana
Cuidado de PM 3.00pm-6.00pm.	<b>\$90</b> \$22.50 mes semana	<b>\$135</b> \$33.25 mes semana	<b>\$176</b> \$44.00 mes semana	<b>\$219</b> \$54.75 mes semana

\*Los cuidados del horario escolar y de día completo son opciones mientras se lleva a cabo el aprendizaje virtual en la escuela. Una vez que la escuela se reanude en persona, las opciones de cuidado serán el cuidado de PM.

Una cuota de inscripción de \$30 será aplicado a su cuenta en el momento de registro. Su hijo no será registrado hasta que esta cuota sea procesada. Todos los cargos deben ser pagados el día primero del mes en servicio. Familias recibirán un descuento de 10 por ciento por cada hijo adicional que registre. Este descuento del 10 por ciento será aplicado a tarifa mas baja.

**Confirmación: Un correo electrónico será enviado una vez que el registro se ha completado.**

## ASISTENCIA FINANCIERA

La YMCA tiene ayuda financiera que están disponibles a petición de la familia cuando ésta enfrenta dificultades financieras. Aceptamos ayudas del estado y condado, Wisconsin Shares. Para ubicación y número del proveedor, por favor llame at 414-274-0759.

## ACADEMIA APRENDIZAJE EXTENDIDO

Este programa de día completo se ofrece en la Rite-Hite Family YMCA (necesita traje de baño y toalla), Northside YMCA (necesita traje de baño y toalla) y en la Northwest YMCA. Inscriba a su hijo para un día lleno de diversion, juegos, manualidades, actividades y más. Participantes deben vestir para estar activos con tenis y traer su almuerzo.

Para una lista de ubicaciones y días disponibles, favor de ir a ymcamke.org o llamar al 414-274-0723. Días pueden variar según la ubicación.

## COMO REGISTRARSE

Por favor vaya en línea a ymcamke.org para registrarse. Se requiere información de vacunación y debe enviarse por correo electrónico a schoolage@ymcamke.org.

## ¡REGÍSTRESE AHORA! Espacio es limitado.

Regístrese en línea en ymcamke.org para el programa después de la escuela mientras haya espacio disponible. Para más información o preguntas sobre el registro, pagos o facturas, envíe un correo electrónico a nuestra oficina a schoolage@ymcamke.org.

## YMCA NÚMERO DEL PROVEEDOR: 1000558721

### **A Rocketship Community Prep (ubicación #113)**

Ubicación para dejar y recoger: el programa se lleva a cabo en la cafetería de la escuela. Por favor, use la entrada principal del edificio para entrar a la escuela.

Un cargo de \$1 por minute sera cargado si su hijo no es recogido a tiempo.

**Información del Niño**

Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Género  M  F Fecha de Nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Este será mi hijo \_\_\_ año en YMCA Edad Escolar Edad (al empezar el programa) \_\_\_ El Niño reside con  Madre  Padre  Ambos Other \_\_\_\_\_

**Información del Padre/Madre o Tutor**

#1 Padre/Tutor Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Género  M  F Fecha de Nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Dirección de la casa (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) \_\_\_\_\_

Mi dirección ha cambiado desde el año escolar. Numero de la casa: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Donde podemos localizarlo cuando su hijo este en el programa de YMCA Edad Escolar? Número del Trabajo: \_\_\_\_\_ Numero del celular: \_\_\_\_\_

Dirección de la casa (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) \_\_\_\_\_

Mi método de comunicación preferido  Celular  Correo Electrónico

#2 Madre/Tutor Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Género  M  F Fecha de Nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Dirección de la casa (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) \_\_\_\_\_

Mi dirección ha cambiado desde el año escolar. Numero de la casa: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Donde podemos localizarlo cuando su hijo este en el programa de YMCA Edad Escolar? Número del Trabajo: \_\_\_\_\_ Numero del celular: \_\_\_\_\_

Dirección durante el día \_\_\_\_\_

Mi método de comunicación preferido  Celular  Correo Electrónico

**Contactos de emergencia/personas autorizadas para recoger a su hijo – Debe ser alguien además de los padres/tutor. \*Puede añadir personas adicionales.**

#1 Nombre del Contacto \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Relación con su hijo \_\_\_\_\_

Dirección de la casa (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) \_\_\_\_\_

Números: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

#2 Nombre del Contacto \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Relación con su hijo \_\_\_\_\_

Dirección de la casa (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) \_\_\_\_\_

Números: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

**12 Preguntas médicas y del comportamiento para ayudarnos a proveer el mejor cuidado posible. Toda información es confidencial para los empleados de la Y. (Todas las líneas deben ser llenadas. Si algo no aplica, por favor use N/A)**

**1. Su hijo tiene o ha tenido cualquiera de las siguientes, si es así por favor expliquen**

Asma  Autismo  Diabetes

ADD/ADHD  Epilepsia/Convulsiones  Parálisis Cerebral/Trastorno de Motor

Dificultades de aprendizaje  **NINGUNA (PREGUNTAS 1-8)**

Restricciones dietéticas \_\_\_\_\_

Alergias de alimentos/leche \_\_\_\_\_

Si su hijo es alergico a la leche, adjunte una declaración médica que indique una alternativa aceptable.

Dificultad gastrointestinales, incluyendo la dieta y suplemento especial \_\_\_\_\_

Alergias no alimentarias \_\_\_\_\_

Estado de la visión, la audición y el habla \_\_\_\_\_

Otras condiciones que requieran un cuidado especial \_\_\_\_\_

**2. Los factores desencadenantes que pueden causar cualquiera de los problemas anteriormente (especifique)** \_\_\_\_\_

**3. Los signos o síntomas que se pueden observar** \_\_\_\_\_

**4. Los pasos que el proveedor debe seguir para el cuidado del estudiante** \_\_\_\_\_

**5. Identifique el empleado a quien se le dio las intrucciones especializadas** \_\_\_\_\_

**6. Cuando desearia que se les informaran respecto a los síntomas or la falta de respuesta al tratamiento** \_\_\_\_\_

**7. Cuando usted considera que la condición requiere atención médica** \_\_\_\_\_

**8. Información adicional que pueda ser útil para nosotros** \_\_\_\_\_

**9. Números de emergencias**

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

**10. Lista el mes, día y año que el niño recibió cada una de las siguientes inmunizaciones. No utilice una (v) o (X). Si usted no tiene una tarjeta de vacunas para este niño, pongase en contacto con su médico o departamento de salud local para obtener los registros.**

TIPO DE VACUNAS	1 Dosis M/D/A	2 Dosis M/D/A	3 Dosis M/D/A	4 Dosis M/D/A	5 Dosis M/D/A
Difteria-Tetano-Tos Ferina (DTP, DTaP, or DT)					
Polio					
Hib (Haemophilus influenza e tipo B)					
Vacuna Neumologica Conjugada (PCV)					
Hepatitis B					
Sarampión-Paperas-Rubeola (MMR)					
Varicela - La vacuna de varicela se requiere solo si el niño no ha tenido varicela.					

¿Este estudiante alguna vez ha tenido varicela? Haz una marca en el casilla correspondiente e indique el año.  
 Si; Año \_\_\_\_\_  
 No (Requiere Vacuna)

Mi hijo no cumple con todos los requisitos de inmunización. Documento debidamente firmado debe ser presentado renunciando por problema de salud, convicción religiosa o personal antes de comenzar el programa. Visita ymcamke.org para obtener el documento.

**11. ¿Esta tomando algun medicamento su hijo actualmente?**  Si  No  
 Si es afirmativo, que tipo y por que \_\_\_\_\_

Si el medicamento debe ser administrado durante la programa de la YMCA, un formulario con permiso para administrar medicamentos deben ser completado. Visite ymcamke.org para obtener el documento.

**12. Protector solar/Repelente de insecto (si es proporcionada por uno de los padres cada botella debe esta etiquetada)**

- Autorizo al personal a aplicar protector solar a mi hijo.
- Autorizo al personal a que permita que mi hijo se auto-aplique protector solar.
- Mi hijo puede usar cualquier protector solar proporcionado por el programa de la YMCA (NO-AD Brand SPF 30) Si no tiene o esta perdido.  
 Si no, solo permitire que mi hijo use el protector solar proporcionado por los padres:  
 Nombre de la Marca \_\_\_\_\_ Intensidad \_\_\_\_\_
- Autorizo al personal a aplicar repelente a mi hijo.
- Autorizo al personal a que permita que mi hijo se auto-aplique repelente.
- Mi hijo puede usar cualquier repelente proporcionado por el programa de la YMCA (Off Brand 25% DEET) Si no tiene o esta perdido.  
 Si no, solo permitire que mi hijo use el repelente proporcionado por los padres:  
 Nombre de la Marca \_\_\_\_\_ Intensidad \_\_\_\_\_

**Nombre del Estudiante** \_\_\_\_\_**Ubicacion de la Escuela** \_\_\_\_\_**Fecha de Inicio** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_**Horario del Niño****(Por favor indique el horario de su hijo en las casillas)**

	L	T	M	J	V
Cuidado de AM (6:45 a.m.-7:45 a.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado de PM (3:00 p.m.-6:00 p.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por la presente autorizo a la YMCA de Metro Milwaukee para agregar cuotas de tiempo adicional añadido a la agenda de mi hijo incluyendo cuando no hay clases, salidas temprano de la escuela o comienzo tardío a mi pago regular.

**Autorización de padres/tutor legal**

**Si**  **No** Por la presente doy mi consentimiento para atención médica de emergencia o tratamiento solo si you no puedo ser localizado inmediatamente. Autorizo al personal de la YMCA/voluntarios a administrar los primeros auxilios. Se hará todo lo posible para contactar a los padres o tutor legal inmediatamente. Entiendo que al firmar esta forma, estoy de acuerdo para liberar a la YMCA de Metro Milwaukee de cualquier responsabilidad por riesgos de enfermedad, accidentes o lesiones.

**Si**  **No** He tenido la oportunidad de revisar las políticas de este programa en edad escolar y un resumen de las reglas del estado de Wisconsin para centros de cuidado. Manual para padres y las reglas de licencia del estado están disponibles en nuestro program y en nuestro sitio web [www.ycamke.org](http://www.ycamke.org).

**Si**  **No** Doy permiso para que mi hijo participe en excursiones y otras actividades durante las horas del program.

**Transportacion**  **Caminando** Doy permiso para que mi hijo camine de su salon al programa después de clases en la tarde.

Si las mascotas se añaden al program, los padres serán notificados con anticipación.

Para la participación de mi hijo en las actividades patrocinadas por, o cualquier asunto relacionado con la YMCA de Metro Milwaukee, por la presente doy permiso y consentimiento, ahora y por todo el tiempo (sin ninguna compensación adicional, reclamo o demanda por mí) a la YMCA de Metro Milwaukee, y a cualquier agencia de publicidad, entidades y terceros que colaboran con la YMCA de Metro Milwaukee y sus representantes, en su caso (organizaciones) para hacer, reproducir, editar, difundir o retransmitir cualquier película de video, metraje y otras grabaciones de audio o foto reproducidas de mí y mi narración de mi experiencia con las actividades de la YMCA (materiales) para su publicación, exhibición, ventas o exposición de los mismos en las promociones, publicidad y los negocios legítimos utilizados sin ninguna compensación adicional para mí.

Entiendo que la YMCA de Metro Milwaukee se reserve el derecho de retirar al niño del programa si, a la discreción de la YMCA, la inscripción del niño afecta negativamente la integridad del programa y/u obligaciones legales de la YMCA a través y bajo la División de Niños y la Familia (DCF-251).

**Firma del Padre/Tutor Legal** \_\_\_\_\_**Fecha** \_\_\_\_\_**Opciones de Pagos****Pagos Privados y MI WI Cuidado de Niños/pagos de 3era parte tienen que seleccionar una de los siguientes formas de pago, a fin de completar su registraci3n.**

Me gustaría que la YMCA cargue my tarjeta de crédito \$\_\_\_\_\_ el 1ero de cada mes.

**Informaci3n de Tarjeta de Cr3dito/D3bito**

Imprima su nombre como aparece en su tarjeta \_\_\_\_\_

Número de Tarjeta de Cr3dito \_\_\_\_\_

Fecha de Expiraci3n \_\_\_\_\_ C3digo Postal \_\_\_\_\_

**-OR-**

Me gustaría usar mi cuenta bancaria de cheques/ahorros para hacer el giro bancario de mi pago mensual por la cantidad de \$\_\_\_\_\_ el 1ero de cada mes.

**Informaci3n de Cuenta Bancaria** (Por favor adjunte un cheque anulado para verificar y procesar.)

Imprima su nombre como aparece en su cuenta bancaria \_\_\_\_\_

Número de Enrutamiento \_\_\_\_\_ Número de Cuenta \_\_\_\_\_

 Cuenta de Cheques  Cuenta de Ahorros**Acuerdo MyWICChildCare**

\_\_\_\_\_ Recibo el beneficio de MyWICChildCare. Iniciaré mi pago el primero de cada mes usando MyWICChildCare EBT Edge.

\_\_\_\_\_ Entiendo que soy responsable de pagar el saldo adeudado al proveedor de cuidado infantil no cubierto (porci3n de los padres). He seleccionado un método de pago de tarjeta de d3bito/ cr3dito o pago autom3tico y he proporcionado la informaci3n necesaria (arriba) para cubrir cualquier pago adicional no cubierto por MyWICChildCare o otro beneficio de tercera parte.

**Acuerdo de Autorizaci3n de Tarjeta de Cr3dito/D3bito**

\_\_\_\_\_ Por la presente autorizo a la YMCA del area metropolitana de Milwaukee a cargar mi tarjeta de cr3dito/d3bito mencionada arriba o iniciar el giro bancario autom3tico usando la instituci3n bancaria mencionada arriba.

\_\_\_\_\_ Entiendo que el cargo a my tarjeta/giro bancario será sacado el o alrededor del 1ero de cada mes.

\_\_\_\_\_ Entiendo que es mi responsabilidad revisar mi tarjeta de cr3dito/d3bito o cuenta bancaria y reportar cualquier discrepancia a la oficina de Edad Escolar dentro de 10 días del proyecto en cuesti3n.

\_\_\_\_\_ Entiendo que estoy comprometido financieramente por todos los pagos. Si my pago no es honorado por la instituci3n financiera for alguna raz3n, acepto ser responsable por el pago mas un cargo de servicio de carga de acceso de \$30 por la YMCA. Si el pago completo no es hecho, acepto pagar por todos los honorarios adicionales incurridos por la coleccion de fondos.

\_\_\_\_\_ Entiendo que es mi responsabilidad de notificar a la YMCA del area metropolitana de Milwaukee cualquier cambio de informaci3n en mi cuenta bancaria or tarjeta de cr3dito/d3bito, incluyendo el día de expiraci3n.

\_\_\_\_\_ Entiendo que mi tarjeta de cr3dito/d3bito or giro bancario será procesado en o alrededor del 1ero de cada mes.

Este acuerdo permanecerá en efecto hasta que el programa haya terminado, la YMCA del area metropolitana de Milwaukee reciba notificaci3n escrita de cancelaci3n por adelantado de tres semanas de mi parte, o hasta que yo presente una nueva forma de pago bancaria dando permiso a la YMCA del area metropolitana de Milwaukee.

Los números del proveedor y ubicaci3n se pueden encontrar listados en formularios de registros/informaci3n o puede llamar a la oficina de Edad Escolar al 414-274-0759 para obtener estos números. Apruebo esta aplicaci3n, autorizo los pagos por los medios especificados arriba y certifico que el solicitante es capaz de participar en este programa. Entiendo que al firmar esta forma, soy responsable por todas las tarifas del programa de la YMCA Edad Escolar. Entiendo que la tarifa de registro no es transferible y no es reembolsable. Entiendo que las tarifas del programa de Edad Escolar deben ser pagadas mensualmente y por adelantado. Entiendo que el no pagar honorarios a tiempo puede resultar en una multa de \$10 por semana. Entiendo que las tarifas se establecen según el horario, no en la asistencia. Esta es una cuota mensual fija sin crédito por tiempo libre, vacaciones, días feriados, ausencias por enfermedad o por conducta. Estoy obligado a dar un aviso de cuatro semanas para un cambio de horario permanente y/o retiro el cual afecta el número de días que mi hijo asiste al program de Edad Escolar. Los ajustes a la tarifa mensual se harán cuatro semanas después de la fecha inicial de notificaci3n al servicio al cliente. Entiendo que cualquier cambio de horarios tiene que ser por escrito al correo electr3nico or direcci3n postal listado en este folleto. Un correo electr3nico o llamada telef3nica del servicio al cliente de la YMCA seguirá la solicitud.

**Firma del Padre/tutor legal** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_