



FOR YOUTH DEVELOPMENT®
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

EL LUGAR PARA CONSTRUIR CARÁCTER, CONFIANZA & CREATIVIDAD



2022-2023 YMCA ANTES Y DESPUÉS DE LA ESCUELA ST. GREGORY THE GREAT SCHOOL

La YMCA of Metropolitan Milwaukee se enorgullece en asociarse con St. Gregory the Great School para brindar atención a los estudiantes inscritos en el cuidado antes y después de la escuela para niños en los grados 4K-8, convenientemente ubicados en St. Gregory the Great School.

Nuestro programa con licencia está dirigido por personal calificado y atento y está diseñado para complementar el día escolar con actividades divertidas que también apoyan el desarrollo del carácter, las opciones de estilo de vida saludable y lo académico -- ¡al mismo tiempo nos divertimos!

¿POR QUÉ LA Y?

- Conveniente
- Seguro y con licencia estatal
- Diversión y amistad
- Personal atento y capacitado
- Coordinated Approach To Child Health (CATCH)
- Asequible y deducible de impuestos
- Aceptamos WI Shares

LAS ACTIVIDADES INCLUYEN: PROGRAMACIÓN BASADA EN EL

- Ayuda con la tarea
- Actividades STEAM
- Proyectos de arte y artesanía
- Actividades físicas
- Actividades de elección
- Juego exterior
- Merienda saludable
- Aprendizaje socioemocional

VALOR:

Todo el personal de YMCA School Age se esfuerza por inculcar los cuatro valores fundamentales de la Y de honestidad, cuidado, respeto y responsabilidad a través de actividades, conversaciones y reconocimiento:

- **Cuidado:** Considerado con las necesidades y sensaciones de los demás
- **Honestidad:** Ser confiable y veraz
- **Respeto:** Tratar a los demás, al medio ambiente y a ti mismo con dignidad
- **Responsabilidad:** Aceptar la responsabilidad de sus acciones y papel en la comunidad.

» ESCANEARME
para obtener más
información,
registrarse y
solicitar asistencia
financiera



REGISTRO Y FACTURACIÓN

414-274-0759 | schoolage@ymcamke.org
www.ymcamke.org/schoolage

INFORMACIÓN DE PROGRAMA

Lizandra Rivera, Directora del Programa
414-357-1917 | lrivera@ymcamke.org

APRENDIZAJE SOCIOEMOCIONAL (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.

CATCH

Nuestros programas utilizan Coordinated Approach to Child Health (CATCH), una intervención educativa directa con el objetivo de prevenir la obesidad infantil en niños en edad escolar. ¡Los dos objetivos principales son ayudar a los niños a identificar y elegir alimentos saludables y aumentar la actividad física de moderada a vigorosa mientras se divierten!

EJEMPLO DEL HORARIO DEL PROGRAMA

PROGRAMA DE LA MAÑANA:

6:45–7:30 AM Actividades de elección
7:30–8:00 AM Actividades planificadas
8:00–8:30 AM Tiempo social y limpieza

PROGRAMA EN LA TARDE:

3:30–3:45 PM Llegada y asistencia
3:45–4:15 PM Merienda
4:15–4:45 PM Ayuda con la tarea
4:45–5:15 PM Actividad física
5:15–5:45 PM Actividades planificadas
5:45–6:00 PM Tiempo libre y limpieza

ENTREGA Y RECOGIDA

El programa está ubicado en el edificio Bookend. Use la entrada del edificio de la escuela Bookend y toque el timbre para poder entrar.

COMO REGISTRARSE

Regístrese EN LÍNEA en ymcamke.org/schoolage. Se requiere información sobre inmunizaciones. No se procesarán formularios de registro incompletos. **Se le enviará un correo electrónico una vez que se haya completado el registro.**

Para preguntas de registro y facturación, comuníquese con nuestra oficina al 414-274-0759 o schoolage@ymcamke.org.

ASISTENCIA FINANCIERA & WI SHARES

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 al 414-274-0759.

TARIFAS MENSUALES DEL PROGRAMA

Las tarifas se basan en una TARIFA MENSUAL FIJAS. Las tarifas se establecen según el horario, no de la asistencia. No hay créditos por tiempo libre, días de fiestas, vacaciones o ausencias debido a enfermedad o comportamiento. El niño solo puede asistir a la(s) sesión(es) y día(s) seleccionado(s) en el formulario de inscripción (es decir, registrado para los lunes, luego solo puede asistir los lunes).

TARIFA DE REGISTRO: Se agregará una tarifa de registro de \$35 a su cuenta en el momento del registro. Su hijo no será registrado hasta que se haya procesado esta tarifa. Todas las tarifas deben pagarse el día primero del mes de servicio. Las familias recibirán un 10% de descuento por cada niño registrado adicional. El descuento del 10% se aplicará a la(s) tarifa(s) más baja(s). **Se enviará un correo electrónico de confirmación una vez que se procese el registro. Los registros a los que les falte información recibirán un correo electrónico pendiente y no se procesarán hasta que se proporcione toda la información faltante.**

CARGO POR DEMORA: Se agregará un cargo por demora de \$1 por minuto al balance de su cuenta. La recogida tardía solo debe aprobarse en situaciones de emergencia. La recogida tardía repetida puede resultar en la eliminación del programa.

PROGRAMA	TARIFAS	2 DIAS/SEMANA	3 DIAS/SEMANA	4 DIAS/SEMANA	5 DIAS/SEMANA
Mañana	Mensual	\$54	\$81	\$108	\$132
	Semanal	\$13.50	\$20.25	\$27	\$33
Tarde	Mensual	\$88	\$130	\$172	\$212
	Semanal	\$22	\$32.50	\$43	\$53

El programa se vende y factura por mes. Las tarifas semanales se proporcionan con el fin de comparar con programas similares.

Se acepta WI Shares. Proveedor #1000558721. Ubicación #198.

Debe haber un mínimo de 12 estudiantes inscritos para ejecutar el programa.

2022-23 REGISTRO, HISTORIA DE SALUD Y PLAN EN CASO DE EMERGENCIA**YMCA of Metropolitan Milwaukee Programa de Edad Escolar** Un formulario por niño. Cada año escolar debe llenar un nuevo registro.

URBICANIÓN DE LA ESUELA

(TODAS LAS SECCIONES DEBEN SER LLENADAS. SI ALGO NO SE APLICA, POR FAVOR USE N/A)

DEL NIÑO _____

INFORMACION DEL NIÑONombre _____ 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 _____**INFORMACION 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?**

- 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 alérgico a la leche, adjunte una declaración médica que indique una alternativa aceptable.

- Dificultad gastrointestinal, 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 instrucciones especializadas** _____**6. Cuando desearía que se les informaran respecto a los síntomas o 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, póngase 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 Neumológica 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 la casilla correspondiente e indique el año. <input type="checkbox"/> Si; Año _____ <input type="checkbox"/> 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 algún 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 niño _____

Ubicación de la escuela _____

Fecha de inicio _____ / _____ / _____

HORARIO DEL NIÑO

(Por favor, indique el horario de su hijo a continuación)

	M	T	W	Th	F
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por la presente, autorizo a la YMCA of Metropolitan Milwaukee a aplicar cualquier tarifa adicional debido a un cambio en el horario regular de mi hijo a mi forma de pago. Las tarifas adicionales se definen como: cuidado repentino o adicional, salidas tempranas, comienzo tardío y/o recogida tardía.

AUTORIZACIÓN DE PADRES/TUTORES

Sí No por la presente doy mi consentimiento para que se use atención médica de emergencia o tratamiento solo si no puedo ser contactado de inmediato. Autorizo al personal/voluntarios de YMCA a administrar primeros auxilios. Se harán intentos prudentes para ponerse en contacto con el padre/tutor de inmediato. Entiendo que al firmar este formulario, acepto liberar a la YMCA of Metropolitan Milwaukee de cualquier responsabilidad por el riesgo de enfermedad, accidentes o lesiones.

Sí No He tenido la oportunidad de revisar las políticas de este programa de Edad Escolar y un resumen de las reglas de Wisconsin para Licencias de Centros de Cuidado Infantil. Un Manual para padres y las reglas de licencia están disponibles en el sitio a su solicitud y en www.ymcamke.org.

Sí No Doy permiso para que mi hijo participe en excursiones y otras actividades durante las horas del programa.

Transportado al caminar Doy permiso para que mi hijo camine a su salón de clases desde el programa en la mañana y/o de la tarde de su salón de clases al programa.

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

Para la participación de mi hijo en actividades patrocinadas por o cualquier asunto relacionado con la YMCA of Metropolitan Milwaukee, por la presente doy mi permiso y consentimiento, ahora y para siempre (sin ninguna otra compensación, reclamo o demanda por mi parte) a la YMCA of Metropolitan Milwaukee, y a cualquier agencia de publicidad, entidades y terceros que colaboren con YMCA of Metropolitan Milwaukee y su representante, si lo hubiera (las "Organizaciones") para hacer, reproducir, editar, transmitir o retransmitir cualquier película de video, imágenes y otras grabaciones de banda sonora, o reproducciones fotográficas de mí, y mi relato narrativo de mi experiencia con las actividades de YMCA ("Materiales") para su publicación, exhibición, venta o exhibición de las mismas en promociones, publicidad y usos comerciales legítimos sin ninguna compensación adicional para mí.

Entiendo que la YMCA of Metropolitan Milwaukee se reserva el derecho de retirar a un niño del programa si, a discreción de la YMCA, la inscripción del niño afecta negativamente la integridad del programa y / o las obligaciones legales de la YMCA a través y bajo la División de Servicios para Niños y Familias (DCF-251).

Firma Del Padre/Tutor _____

Fecha _____

OPCIONES DE PAGO

Pagos privados y My WICChildCare/pagos de 3era parte deben seleccionar una de las siguientes formas de pago para que se complete el registro:

Me gustaría que la YMCA cargue mi tarjeta de crédito \$ _____ el primero de cada mes.

Información de la cuenta de la tarjeta de crédito/débito

Imprima su nombre tal como aparece en la tarjeta _____

Número de tarjeta de crédito _____

Fecha de vencimiento _____ Código postal _____

Acuerdo MyWICChildCare

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

_____ Entiendo que soy responsable de los pagos no cubiertos (participación de los padres). He proporcionado la información necesaria (arriba) para cubrir cualquier costo adicional no cubierto por MyWICChildCare u otro beneficio de 3era parte.

Acuerdo de autorización de tarjeta de crédito/débito (por favor, inicialice que acepta cada punto enumerado)

_____ Por la presente autorizo a la YMCA of Metropolitan Milwaukee a cargar la tarjeta de crédito/débito mencionada anteriormente.

_____ Entiendo que el cargo a mi tarjeta tendrá lugar el primero de cada mes o aproximadamente.

_____ Entiendo que es mi responsabilidad verificar el estado de cuenta de mi tarjeta de crédito e informar cualquier discrepancia a la Oficina de Edad Escolar dentro de los 10 días posteriores al cargo en cuestión.

_____ Entiendo que soy financieramente responsable de todos los pagos. Si mi pago no es honrado por mi institución financiera por cualquier motivo, acepto ser responsable de ese pago más un cargo por servicio de \$ 30 evaluado por la YMCA. Si no se realiza el pago completo, acepto pagar todas las tarifas adicionales incurridas para la recaudación de fondos.

_____ Entiendo que es mi responsabilidad notificar a la YMCA of Metropolitan Milwaukee cualquier cambio en la información de mi tarjeta de crédito, incluida la fecha de vencimiento. Los cambios deben enviarse por escrito al menos 10 días antes de la fecha de facturación.

Este acuerdo permanecerá en vigor hasta que el programa haya finalizado. La YMCA of Metropolitan Milwaukee recibe un aviso de cancelación por escrito de mi parte al menos cuatro semanas antes de la cancelación del programa o hasta que envíe un nuevo formulario de permiso a la YMCA of Metropolitan Milwaukee.

Los números de proveedor y ubicación se pueden encontrar en la lista en el formulario de información / registro o llame a nuestra Oficina de Edad Escolar (414-274-0759) para obtener estos números.

Apruebo esta solicitud, autorizo el pago por los medios especificados anteriormente y certifico que el solicitante es capaz de participar en este programa. Entiendo que al firmar este formulario, soy responsable de todas las tarifas del Programa de Edad Escolar de YMCA. Entiendo que la cuota de inscripción es intransferible y no reembolsable. Entiendo que las tarifas del Programa de Edad Escolar deben pagarse mensualmente y antes del servicio. Entiendo que la falta de pago de los cargos puede resultar en un cargo por pago atrasado de \$ 10 por semana. Entiendo que las tarifas se establecen en función del horario, no de la asistencia. Esta es una tarifa mensual plana sin crédito por tiempo libre, días feridos, vacaciones, ausencias debido a enfermedad o comportamiento. Estoy obligado a dar un aviso de cuatro semanas para un cambio permanente de horario y / o retiro que afecta la cantidad de días que mi hijo asistirá al Programa de Edad Escolar de YMCA. Los ajustes a la tarifa mensual se realizarán cuatro semanas después de la fecha inicial de notificación al servicio al cliente. Entiendo que cualquier cambio de horario debe hacerse por escrito a la dirección de correo electrónico que figura en este folleto. Un correo electrónico de confirmación o una llamada telefónica del agente de servicio al cliente de YMCA seguirá la solicitud.

Firma Del Padre/Tutor _____

Fecha _____