



Julio 2011

Querido Padres,

Estamos contentos que Uds. han elegido alistar a su niño/a en el Programa de Actividades después de Escuela (ASAP) El propósito de ASAP asegurarse de que los niño/as cuyos padres no pueden estar en casa después de escuela tengan un tiempo seguro, estimulante y agradable después de su día académico. Gracias por darnos la oportunidad ha trabajar con Uds. en el crecimiento y el desarrollo de tu niña/o.

Agradecemos especialmente el Distrito 112 y el superintendente, Dr. David Behlow, junto con directores Sandy Anderson y Craig Keer, para seguir proporcionando el espacio necesario para proveer a nuestra programación de calidad en Oak Terrace y Indian Trail.

Por favor toca el tiempo de leer cuidadosamente la información incluida. La lista de formas que se volverán a nuestra oficina es mencionada abajo. Conservar por favor el Folleto Para Padres.

Le pedimos que por favor devuelva todos los formularios antes de **lunes, el 25 de julio.** **Familias que regresan sólo necesita llenar el 1) Formato de Consentimiento e Información de Contactos en caso de Emergencia y 2) Formato de Política de Pagos Mensuales y Tarifas.** Nuestra política es tener los siguientes formularios firmados y en el archivo antes de su niño puede empezar oficialmente en nuestro programa.

- 1. Procedimientos de Disciplina de ASAP**
- 2. Formato de Consentimiento e Información de Contactos en caso de Emergencia** (Por favor seguro que firmas adentro el lugar apropiado en la Forma del Consentimiento para darnos el permiso para conseguir una copia de la forma médica de tu niño de la enfermera de la escuela. Observar por favor que la forma médica debe incluir evidencia de un examen físico, de inmunizaciones actuales, de una prueba piel de la TB, prueba de examine por plomo, y una inmunización de la Hepatitis B, dentro de seis meses de la fecha de inicio de tu niño ASAP.)
- 3. Formato de Políticas de Pagos/Formato de preferencia al hacer los pagos**
- 4. Encuesta de Observación por parte de los padres**
- 5. Formato de Información Demográfica de la Familia**

Las formas son debidas de nuevo a la oficina de Family Network antes del lunes, 25 julio 2011. Por favor entrega o envía por correo a:

**Family Network
330 Laurel Avenue
Highland Park, IL 60035
Attn: Bobbie Hinden**

Recibirás una cuenta de la cuota por correo la primera semana de Agosto. **La cuota para Septiembre es debida antes del 15 de Agosto.** Para la conveniencia, ofrecemos la opción de auto-pago por tarjeta de crédito. Indicar por favor si deseas utilizar esta opción para el resto del año llenando el formulario de la preferencia de la factura. También indicar donde prefieres tus facturas que se enviarán (por correo o email).

Tenga en cuenta que las políticas de pago se cumplirán estrictamente. Reconozco el impacto que nuestras actuales condiciones económicas tienen sobre las familias y empatía con las luchas que nos enfrentamos. Los casos de retraso en los pagos, cheques rebotados, no quedar de acuerdo en adherirse a las cuotas de pago y no pagar completo de la matrícula cuando el niño sale del programa, impacta nuestra programación, nuestra capacidad de pago calidad del personal y ofrecer la primera clase de programación nos esforzamos por proporcionar.

Por consiguiente, los pagos recibidos a partir del día 15 del mes se incurrirá un cargo de \$20. Cheques devueltos por falta de fondos suficientes se incurrirá un cargo de \$25. Si pago no es recibido antes del primer día del mes, será necesario que el niño/a se queda en casa hasta que lo atrasado estará pagado. Por favor, no dude en ponerse en contacto conmigo para discutir cualquier asunto referente a pago oportuno. Voy a hacer lo mas posible para proporcionar las mejores alternativas para satisfacer sus necesidades y las nuestras.

Sobre el recibo de las formas antedichas y del pago de la cuota de Septiembre, tu niño/a podrá comenzar a atender al programa. Si tienes cualquier pregunta, llamar por favor a Bobbie Hinden en 847-433-0377 o email a bobbie.hinden@family-focus.org.

Sinceramente,

Bobbie Hinden, MEd
Family Network
Directora del Programa ASAP

Programa para Después del Colegio ASAP Políticas y Procedimientos

Oak Terrace School • 240 Prairie Ave, Highland Park, IL 60035 • 847-433-0930
Indian Trail School • 2075 St. Johns Avenue, Highland Park, IL 60035 • 847-432-9257

Procedimientos de Disciplina de ASAP

La meta primordial en nuestro programa es que los niños desarrollen excelentes habilidades para la socialización, demostrando practicas apropiadas, dirigir las conductas y guiando a la solución de conflictos, ayudamos a los niños a entender cooperación, compartir espacio y aprender a solucionar sus diferencias. Los siguientes métodos son usados para alcanzar estas metas:

1. Manteniendo una rutina y reglas consistente con el programa
2. Proveer una amplia variedad de actividades y materiales, con oportunidad de interactuar entre ellos.
3. Hablándoles a los niños a nivel de los ojos con una voz suave
4. Usando frases positivas y celebrando comportamientos apropiados
5. Dirigiendo el niño a otra actividad en un lugar diferente del salón
6. Pidiéndole al niño que se siente – time out – y que piense acerca del comportamiento inapropiado que esta utilizando.
7. Conferencias informales entre padres/staff serán hechas por repetidos comportamientos inapropiados.
8. Al niño se le podrá devolver de ASAP cuando su salud, seguridad y bienestar del este o de otro miembro del grupo este en riesgo.

Un niño no puede ser sujeto a ninguna clase de abuso corporal o verbal hecho por cualquier miembro de nuestro staff empleado por ASAP.

Reglas de Conducta

Para lograr proveer una atmosfera segura, constructiva y divertida para todos en nuestro programa, las siguientes reglas han sido establecidas:

1. Todos debemos ser respetuosos con el staff y con los demás participantes
2. Todos trabajamos como equipo para mantener nuestro salón organizado y cada uno organiza después de que ha terminado.
3. Juego brusco no es permitido. Maltrato o intimidación entre estudiantes no será tolerado. Si esta clase de comportamiento ocurre, es el derecho del director de ASAP de remover el estudiante del programa inmediatamente sin ninguna notificación previa.
4. Nadie puede dejar el salón o área de juego sin permiso del staff.
5. Se deben mantener las manos para cada uno.
6. No se permite ninguna clase de lenguaje inapropiado, hablar fuerte o gritar.

Yo he leído y entiendo estas políticas.

Nombre (En letra Imprenta) _____

Firma _____ Fecha _____

Formato de Consentimiento e Información de Contactos en caso de Emergencia

Nombre del Niño (a): _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: M F

Dirección: _____ Ciudad _____ Código Postal _____
Escuela a la que atiende: Indian Trail Lincoln Oak Terrace Ravinia Wayne Thomas

Grado en el año escolar 09-10 : _____

Inscrito los: (Encierre los Días): Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes

Padre /Persona Encargada

Padre/Persona Encargada

Nombre

Relación con el Niño (a)

Teléfono de la Casa

Teléfono del lugar de trabajo

Celular

Dirección de Email

Dirección de la Casa

Dirección del lugar de Trabajo

Horas de Trabajo

Guardia Legal: _____ Teléfono de la Casa _____ Celular: _____

Padrastrós(M/F) _____ Teléfono de la Casa _____ Celular _____

EMERGENCIA y SUMINISTRO DE INFORMACION: La siguiente información será usada en caso de emergencia y para la información suministrada cuando se recoge al niño(a) diariamente. Nosotros trataremos de notificar a los padres primero. Por favor haga la lista de acuerdo a la prioridad en que cada persona pudiera recoger a su niño (a) durante las horas en que dura el programa. Por favor complete todas las secciones. Contáctenos en caso de cambios y hágalo por escrito. En caso de una enfermedad o accidente serio, los padres serán llamados para que se encuentren con el niño (a) y alguien de nuestro staff en el hospital mas cercano.

El niño (a) **PUEDA** ser dado a (Por favor liste personas diferentes a los padres/ Guardianes o padrastrós que ya estén en la información dada anteriormente):

Nombre	Relación con el Niño (a)	Dirección	Teléfono(Casa /Celular)
1.			() ()
2.			() ()
3.			() ()
4.			() ()

El niño (a) **NO** se le puede dar a :

Nombre	Relación con el niño (a)	Dirección	Teléfono
1.			()
2.			()
3.			()

Por favor voltee la hoja para completar la información de Consentimiento ➡

Formato de Consentimiento e Información de Contactos en caso de Emergencia

Doy el permiso para que mi niño/a _____ reciba tratamiento medico de emergencia que pudiera incluir, pero que no esta limitado a Primeros Auxilios proporcionados por el staff, Tratamiento proporcionado por Paramédicos, Doctores o por el Hospital Local. Yo entiendo que soy el responsable por los costos en los que se incurran.

Firma

Fecha

Nombre en Letra de Imprenta

Relación con el Niño (a)

Doctor(s) Nombre/Practica: _____ Telefono: _____

Dirección: _____ Hospital Afiliación _____

Odontólogo del Niño/a _____ Teléfono: _____

Yo doy permiso para que la enfermera de la escuela provea una copia de la información medica de emergencia de mi niño/a. (Por favor en letra imprenta) Nombre _____

Firma de los Padres: _____ Fecha _____

Alergias (Incluya Comida, Medicamentos, Insectos, etc.): _____

Cualquier información de salud Física/Mental que usted crea que nosotros debemos conocer _____

FOTO

Yo doy el Permiso al Programa para después de la Escuela (ASAP) de Family Network para que use la foto de (Nombre del niño/a) _____ o algún otro miembro de la familia (nombre de padres o hermanos) _____ en publicaciones o por publicidad. Yo entiendo que Family Network tiene todos los derechos sobre las fotos.

EXCURSIONES y Salidas a Campo Abierto

Yo/Nosotros autorizamos al Staff o Agentes de ASAP que lleven a mi niño(a) en caminatas, excursiones y paseos en campo abierto. Ellos pudieran viajar en cualquier vehiculo prestado por ASAP. Yo entiendo que recibiré información antes de cualquier salida a campo abierto y que tengo el derecho de rehusar a darle autorización a mi hijo para que haga parte de la salida.

RENUNCIO DE RESPONSABILIDADES POR DAÑOS MENORES

Yo entiendo que el Programa para Después de la Escuela (ASAP) de Family Network presta extrema atención a la seguridad de los niños mientras están atendiendo el programa, por lo tanto no los considero responsable por cualquier clase de accidente que ocurra mientras mi niño(a) este atendiendo el programa. Yo por lo tanto renuncio, libero y descargo al Programa para Después de la Escuela (ASAP) de Family Network y sus representantes de toda clase de reclamos, demandas, accidentes, daños, derechos de acción o causa de acción, ya sea que el mismo sea conocido o desconocido, anticipado o sin anticipar.

Firma

Fecha

Nombre en Letra Imprenta

Relación con el Niño(a)

Firma

Fecha

Nombre en letra Imprenta

Relación con el Niño(a)

FORMATO DE POLITICA DE PAGOS MENSUALES Y TARIFAS

Aplicación

Una tarifa de \$25 por aplicación para familias que estén retornando y \$50 para familias que estén aplicando por primera vez al programa ASAP, los cuales deben ser pagaderos en el momento de la registración.

Pagos Mensuales

- El pago mensual es basado en el **costo total anual y dividido entre 9 pagos mensuales iguales** como se especifica a continuación. Por favor tenga en cuenta que ASAP esta cerrado en las vacaciones de primavera, invierno, Acción de Gracias, El día del trabajo y Memorial Day, sin embargo, el pago mensual permanecerá igual.
 - \$320/5 días a la semana
 - \$270/4 días a la semana
 - \$210/3 días a la semana

Pagaderos el 15 del mes anterior (el primer pago se deberá hacer antes del 15 de Agosto que será para el mes de Septiembre).

El pago del 15 de Agosto debe ser recibido antes que su niño pueda comenzar ASAP

- El ultimo pago será el de Mayo (Que debe ser hecho el 15 de Abril)
- Ajuste a la tarifa de pago no se hará cuando se recoja al niño (s) mas temprano.
- Una escala de precios esta disponible para familias que necesiten ayuda financiera.
- Todos los formatos requeridos deben ser completados y retornados antes del primer día de asistencia.

Días Completos, Días en que se sale mas temprano y pagos cuando el niño no se presenta

- Pagos por días completos deben ser hechos el mes siguiente al día completo como aparecerá en el recibo de pago
- Si los pagos por días completos no son hechos, su hijo (a) no podrá atender el próximo día completo disponible.
- Días en que los niños salen mas temprano ya están incluidos en la tarifa mensual.

Tarifas por Pagos Tardíos o No Pagos

- Los pagos mensuales deben ser hechos el mes anterior al mes que se va a atender. (Por ejemplo, el pago de Septiembre debe ser hecho antes o el 15 de Agosto).
- Si el pago del presente mes no es recibido, **se hará un extra-cargo de \$20.** Los padres son responsables de hacer los pagos durante todo el tiempo en que el niño (a) se encuentre matriculado.
- **Pagos que no sean hechos al final del mes, resultaran en que su hijo (a) no podra atender el programa ASAP el siguiente mes – NO EXEPCIONES.**

Reembolsos

- Si su niño (a) se ausenta de la escuela (enfermedad, vacaciones, etc.) y esto no coincide con el tiempo en que el programa ASAP este cerrado, los padres serán de todas maneras responsables por los pagos de la mensualidad durante este periodo de tiempo.
- Para sacar a su niño (a) del programa, Family Network tiene que recibir una notificación ya sea escrita o por teléfono al Director de ASAP. Los reembolsos se harán por la cantidad completa si el requerimiento se hizo antes del 15 del mes.

Cheques NSF

- Un Cargo de \$25 se hará si su cheque es devuelto por falta de fondos.

La política de pago ha sido establecida con el fin de sostener y mantener los costos del programa y proveer ASAP Staff calificado Para poder brindar un excelente programa.

He leído y estoy de acuerdo en cumplir con las políticas establecidas.

Nombre(Letra Imprenta) _____

Firma del Padre _____ Fecha _____

Por favor voltee la hoja para completar la información de facturación de pagos ➡



PREFERENCIA DE FACTURACION

Nombre(s) del niño o niños _____

AUTORIZACION PARA FACTURAR LOS PAGOS MENSUALES EN SU TARJETA DE CREDITO

Por favor hacer el pago en mi Visa Master Card American Express

Numero de Tarjeta _____ Fecha de Exp. _____

Firma del dueño de la tarjeta _____

Por favor automaticamente cargue el pago mensual en mi Tarjeta de Credito el 15 de cada mes (Agosto 15, 2011 – Julio 15, 2012, si necesario):

Firma: _____

DIRECCION A FACTURAR

Por favor envieme por correo las facturas para realizar los pagos a:

Nombre _____

Direccion _____

Ciudad _____

Codigo Postal _____

Por favor envieme las facturas para realizar los pagos via E-MAIL

Nombre _____

Email _____

ENCUESTA CONFIDENCIAL DE OBSERVACION POR PARTE DE LOS PADRES

La mayor forma para reunir información acerca de los niños es por parte de los padres. Las observaciones que usted ha hecho a medida que su hijo/a ha ido creciendo son muy valiosas para nosotros como proveedores del cuidado del niño/a, después de la escuela.

Por favor tome su tiempo para responder el siguiente cuestionario, de esta manera todos nosotros en el programa ASAP podremos brindarle lo mayor a su niño (a) de acuerdo a sus necesidades.

Padres de niños que estén retornando al programa: Teniendo presente que conocemos a su niño/a muy bien, nos gustaría pedirle el favor que actualicé esta información. Gracias por su entendimiento.

Nombre del niño _____ Nickname _____

Grado _____ Fecha de Nacimiento _____

Escuela (Encierre Una): Indian Trail-Lincoln-Oak Terrace –Ravinia-Wayne Thomas-Red Oak

1. Por favor nombre todos los adultos y niños viviendo en la misma casa donde el niño reside

Nombre	Parentesco
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

2. ¿Habla su niño o entiende un idioma diferente al Ingles? Si No
Si respondió Si, Cual otro idioma? _____

3. ¿Cuales son las mayores cualidades en su niña/o?

4. ¿Que le interesa su niña/o hacer cuando esta fuera de la escuela y cuales son las actividades que hace regularmente (Ejemplo, lecciones de piano, hockey, Soccer, etc.)? ¿Que le gusta hacer cuando tiene tiempo libre?

5. ¿Como su niño/a interactúa con otros niños?

6. ¿Es importante que su hijo hacer la tarea durantes el programa ASAP?

Por favor voltee la hoja para completar la información de la encuesta de observación ➔

7. ¿Disfruta su niño/a hacienda la tarea? ¿ Cree usted que su niña/o aprenda mejor viendo (enseñanza visual), escuchando (Enseñanza Auditiva) o Realizando (Enseñanza Cinestetica)? Puede citar ejemplos.

8. **¿Su hijo tiene alergias a los alimentos?** ¿Come su niño/a alimentos variados o solamente come ciertos alimentos?

9. ¿Tiene su niño/a alguna clase de miedo?

10. Por favor describa eventos o cambios ocurridos recientemente en la familia (Por ejemplo, Muertes, Divorcios, Nuevo Bebe, Mudanza).

11. ¿Como cree que el Staff de ASAP puede ayudar este año a su hijo/a?

12. Por favor infórmenos si su hijo tiene alguna necesidad especial. ¿Un IEP? Estaremos encantados de reunirse para discutir cómo podemos servir mejor a su hijo.

13. ¿Con el fin de servir mejor a su hijo, uds. dan permiso para que la Directora de ASAP o el coordinador del sitio entrevistarse con personal de la escuela?

Las preguntas anteriores fueron respondidas por _____ Fecha _____

FAMILY NETWORK – PROGRAMA PARA DESPUES DE LA ESCUELA (ASAP)

Family Network • 330 Laurel Avenue, Highland Park, IL 60035 • 847-433-0377

INFORMACION DEMOGRAFICA

Esta información es requerida con la finalidad de aplicar para becas que nos ayudan a patrocinar nuestro programa. Nosotros mantendremos toda la información proporcionada aquí como confidencial. Gracias por su cooperación.

Apellido de la Familia: _____

Tipo de Vivienda:

- Dos-Padres
- Madre Soltera
- Padre Soltero

Estado Marital:

- Soltero Separado
- Casado Divorciado
- Viviendo en Unión Libre
- Viudo/a

Numero de Personas en su familia: _____

Por favor complete la siguiente información para todos los miembros de su familia en su casa.

Madre o Nombre del Guarda

Padre o Nombre del Guarda:

Nombre de Otro Adulto:

Sexo: H M

Sexo: H M

Relación:

Fecha de Nacimiento:

Fecha de Nacimiento:

Sexo: H M

Raza/Pertenencia Étnica:

- Africano Americano
- Caucásico
- Hispano/Latino
- Mexicano
- Puertorriqueño
- Cubano
- Haitiano/Dominicano
- Centro Americano
- Sur Americano
- Otro Hispano/Latino
- Nativo Americano
- Asiático /Isla del Pacifico
- Bi/Múltiples Razas
- Otros
- Desconocido

Raza/Pertenencia Étnica:

- Africano Americano
- Caucásico
- Hispano/Latino
- Mexicano
- Puertorriqueño
- Cubano
- Haitiano/Dominicano
- Centro Americano
- Sur Americano
- Otro Hispano/Latino
- Nativo Americano
- Asiático /Isla del Pacifico
- Bi/Múltiples Razas
- Otros
- Desconocido

Fecha de Nacimiento:

Raza/Pertenencia Étnica:

- Africano Americano
- Caucásico
- Hispano/Latino
- Mexicano
- Puertorriqueño
- Cubano
- Haitiano/Dominicano
- Centro Americano
- Sur Americano
- Otro Hispano/Latino
- Nativo Americano
- Asiático /Isla del Pacifico
- Bi/Múltiples Razas
- Otros
- Desconocido

Primer Idioma:

- Ingles
- Español
- Otra

Primer Idioma:

- Ingles
- Español
- Otra

Primer Idioma:

- Ingles
- Español
- Otra

Estudios Realizados:

- No termino Bachillerato
- Bachillerato
- Universitarios
- Post Universitarios

Estudios Realizados:

- No termino Bachillerato
- Bachillerato
- Universitarios
- Post Universitarios

Estudios Realizados:

- No termino Bachillerato
- Bachillerato
- Universitarios
- Post Universitarios

Vuelque por favor para completar la información de los niños



Nombre del Niño(a)

Sexo: H M

Fecha de Nacimiento:

Raza/Pertenencia Etnica:

Africano Americano
Caucásico
Hispano/Latino
Mexicano
Puertorriqueño
Cubano
Haitiano/Dominicano
Centro Americano
Sur Americano
Otro Hispano/Latino
Nativo Americano
Asiático /Isla del Pacifico
Bi/Múltiples Razas
Otros
Desconocido

Primer Idioma:

Inglés
Español
Otra

Nombre del Niño(a)

Sexo: H M

Fecha de Nacimiento:

Raza/Pertenencia Etnica:

Africano Americano
Caucásico
Hispano/Latino
Mexicano
Puertorriqueño
Cubano
Haitiano/Dominicano
Centro Americano
Sur Americano
Otro Hispano/Latino
Nativo Americano
Asiático /Isla del Pacifico
Bi/Múltiples Razas
Otros
Desconocido

Primer Idioma:

Inglés
Español
Otra

Nombre del Niño(a)

Sexo: H M

Fecha de Nacimiento:

Raza/Pertenencia Etnica:

Africano Americano
Caucásico
Hispano/Latino
Mexicano
Puertorriqueño
Cubano
Haitiano/Dominicano
Centro Americano
Sur Americano
Otro Hispano/Latino
Nativo Americano
Asiático /Isla del Pacifico Bi/Múltiples
Razas
Otros
Desconocido

Primer Idioma:

Inglés
Español
Otra

Nombre del Niño(a)

Sexo: H M

Fecha de Nacimiento:

Raza/Pertenencia Etnica:

Africano Americano
Caucásico
Hispano/Latino
Mexicano
Puertorriqueño
Cubano
Haitiano/Dominicano
Centro Americano
Sur Americano
Otro Hispano/Latino
Nativo Americano
Asiático /Isla del Pacifico
Bi/Múltiples Razas
Otros
Desconocido

Primer Idioma:

Inglés
Español
Otra