

PROGRAMA DE CUIDADO DE NIÑOS DE LAS ESCUELAS PUBLICAS DEL CONDADO DE HENDERSON
PSAM-PSPM-PLUS
2020-2021 INFORMACIÓN DE REGISTRO PARA EL CALENDARIO TRADICIONAL

Agregue la fotografía
del estudiante aquí

Nombre Legal del Estudiante: Apellido: _____ Nombre: _____ Apellido Materno: _____

Apodo: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

School Information: ID Estudiantil: _____ Escuela Actual: _____ Grado Actual: _____

Nombre del maestro: _____

Para cualquier niño con necesidades de salud tales como Alergias, Asma u otras enfermedades crónicas que requieren servicios de salud especializadas, un plan de acción medico debe ser atado en la aplicación. El plan de acción debe ser completado por el padre o el profesional de cuidado de salud. ¿Hay un pan de acción adjunto? SI NO

Liste cualquier temor o características de comportamiento de su hijo: _____

Liste cualquier alergia y los síntomas, tipos de respuestas requeridas para cualquier reacción alérgica: : _____

Liste cualquier tipo de medicamentos tomado para las necesidades de la salud: _____

Liste cualquier otra información que tenga una influencia directa con asegurar el tratamiento médico de su hijo: _____

Si la custodia de padres es o sera un problema, es necesario que una copia de los documentos de custodia oficial permanezcan archivados en el sito. De lo contrario, el programa le entregara los niños a cualquiera de los padres.

Autorizada para recoger al nino? Si or NO

Nombre de la Madre /Tutor Lgal: _____

Numero de Celular: _____

Dirección: _____

Numero de Casa: _____

Ciudad, Código Postal: _____

Donde Trabaja: _____

Domicilio: _____

Telefono del Trabajo: _____

Ciudad, Código Postal: _____

Correo Electronico: _____

Numero de Licencia: _____

Autorizada para recoger al nino? Si or NO

Nombre de la Padre /Tutor Lgal _____

Numero de Celular: _____

Dirección: _____

Numero de Casa: _____

Ciudad, Código Postal: _____

Donde Trabaja: _____

Domicilio: _____

Telefono del Trabajo: _____

Ciudad, Código Postal: _____

Correo Electronico: _____

Numero de Licencia: _____

El niño será entregado solo a los padres/tutores mencionado anteriormente. El niño también puede ser divulgado a la siguiente persona, según lo autorizo por la persona que firmo esta aplicación. En caso de emergencia si los padres no pueden ser contactados el programa puede ponerse en contacto con las siguientes personas.

Nombre: _____ Numero de Celular: _____ Numero de Casa: _____

Nombre: _____ Numero de Celular: _____ Numero de Casa: _____

Nombre: _____ Numero de Celular: _____ Numero de Casa: _____

El Profesional de la Salud del niño: _____ Numero de la Oficina: _____

Preferencia del Hospital: Advent Health Pardee Más Cerca Otro _____

Información de Seguro de Salud: Medicaid # _____ de la compañía de seguridad y # _____

Permisos parentales:

Yo doy mi consentimiento al programa de cuidado de niños de las Escuelas Públicas del Condado de Henderson para que mi hijo participe en paseos, actividades y celebraciones dentro y fuera de las instalaciones del programa de PSAM, PSPM o PLUS. Yo entiendo que como padre o tutor seré notificado de todos los paseos. Marque SI NO

Doy mi consentimiento para que mi hijo use internet supervisado. Marque SI NO

Le doy la libertad al programa de cuidado de niños de las Escuelas Públicas del Condado de Henderson del uso de fotografías en el sitio de internet de HCPS y doy mi consentimiento para hablar con los medios de comunicación. Marque SI NO

Yo doy mi consentimiento al programa de cuidado de niños de HCPS para que le apliquen bloqueador solar (No-Ad 45+ SPF) a mi hijo. Marque SI NO

Yo doy mi consentimiento para que mi hijo use crema para labios "Chap Stick"(solamente personal) u otras marcas mientras que esta en el programa. Marque SI NO

Yo doy mi consentimiento para que mi hijo use desinfectante de mano (proveído por el programa) mientras que esta en el programa. Marque SI NO

Este permiso es válido de Agosto 2020 a Agosto 2021

Firma del Padre _____ Fecha _____

Historial de Vacunas: Marque una

El registro de vacunas de mi hijo esta adjunto al paquete de registro

Mi hijo esta excepto del requisito de vacunas. La declaración de excepción esta adjunta al paquete de registro..

Autorización para buscar atención médica:

Yo doy permiso al cuidado de niños de HCPS para que busquen atención médica para mi hijo (a) en caso de una emergencia. Yo verifico que toda la información anterior es correcta y soy responsable por actualizar la aplicación según sea necesario. LYo entiendo que soy responsable financieramente por los gastos de atención médica o transporte efectuados a nombre de su hijo. Certifico que he recibido y leído el Resume de Leyes y Normas del Cuidado Infantil de Carolina del Norte/ Manual para Padres/ La Política de Disciplina de HCPS se me fue explicada adecuadamente.

Firma del Padre _____ Fecha _____

De acuerdo con la Ley Federal del los Derechos Civiles y el Departamento Estadounidense de la Política de la Agricultura, esta institución prohíbe discriminar en base a la raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. El USDA es un proveedor de igualdad de oportunidad y trabajo.

Solo para uso del personal:

Yo, como operador, estoy de acuerdo en proporcionar transporte a un recurso médico apropiado en caso de una emergencia. En una situación de emergencia, los otros niños en las instalaciones serán supervisados por un adulto responsable. No se administrara ninguna droga o medicamento sin instrucciones específicas del médico o el padre/tutor.

Firma del Empleado _____ Fecha _____

Normas y Políticas de Disciplina del Cuidado de Niños de la Escuelas Públicas de Condado de Henderson

Primera Ofensa - Advertencia Verbal

Segunda Ofensa - Tiempo de Aislamiento (*Time-out*) apropiado para la edad del niño

Tercera Ofensa - Conferencia con el Director & padres

Las siguientes Directriz son usados en el PSAM / PSPM / PLUS.

- El castigo Corporal no se utiliza
- Advertencia Verbal se utiliza.
- Problemas serán discutidos en privado con el estudiante.
- El tiempo de castigo será dado.
- El director se reunirá con los padres cuando haya problemas de comportamiento.

Mala conducta repetida puede resultar en:

- 1 día de suspensión
- 3 días de suspensión
- 5 días de suspensión
- Suspensión permanente del programa

El coordinador de cuidado de niños debe aprobar todas las suspensiones. No se dará ningún crédito durante los días que su hijo este suspendido de cuidado.

La suspensión inmediata o permanente puede resultar debido a lo siguiente:

- Enfrentamientos Físicos
- Automutilación o herir a otros niños
- Diciendo groserías o Jurando
- Corriendo del grupo o personal
- La destrucción de la propiedad
- Robar
- Amenazando con Violencia
- Abandonando el lugar designando sin permiso

Yo certifico que entiendo la Directrices de Disciplina y la Política de Disciplina del Cuidado de Niños de las Escuelas Públicas del Condado de Henderson. Voy hacer una influencia positiva y apoyare de estas políticas. Entiendo que si mi hijo(s) no siguen las políticas y directrices que será incapaces de utilizar el programa de cuidado de niño del las escuelas Públicas de Condado de Henderson.

Yo certifico que he recibido y leído el Resume de Leyes y Normas de cuidado de niños de Carolina del Norte/Manual para padres/políticas de disciplina y fue explicadas adecuadamente a mí.

el nombre del niño: _____ fecha de inscripción: _____

Firma del Padre/ Tutor: _____ Fecha: _____

Cuidado de Niños de las Escuelas Públicas del Condado de Henderson

Políticas de Pagos de Honorarios del PSAM / PSPM / PLUS

1. El honorario de la registración debe ser pagado y la política de pago del honorario firmado antes del primer día que vaya asistir el niño.
2. Se requiere que los padres reserven los días y hacer el pago anticipado para todos los programas el viernes de la semana siguiente de cuidado. Las fechas no son transferibles y crédito no es dado de días perdidos. El cuidado no planeado no será proporcionado.
3. Los padres que reciben asistencia financiera se requiere que sigan el calendario de pagos, si se requiere que paguen una parte. Los pagos anticipados son necesarios para todos los programas, a más tardar el viernes de la semana siguiente que asistirá. Cualquier familia que reciba asistencia financiera de DSS debe solicitar y recibir un nuevo Voucher cada año escolar, para el cuidado del verano PLUS y para días de trabajo para maestros si están asistiendo en otros sitios.
4. Los padres deben inscribirse y pagar por adelantado para el completo cuidado de día en los días de trabajo de profesor dentro de los plazos especificados (1-2 semanas por adelantado para días de trabajo de profesor). Honorarios para el cuidado durante el tiempo de invierno son pagados a su llegada al sitio de cuidado del invierno.
5. No se dará crédito por días adquiridos y que no sean utilizados, excepto en casos de emergencia u enfermedades prolongadas (deben ser de cinco días consecutivos o más). Créditos por días de suspensiones no serán dados. El padre y el director del sitio deben completar en Ajuste del Acuerdo del Pago del Honorarios por escrito para que el crédito sea aprobado. Si HCPS cierra por debido a cualquier razón imprevista, un crédito será dado por ese día.
6. Habrá un recargo de \$10.00 por recoger tarde a su hijo, por cada incremento de 15 minutos que el niño sea recogido después de la hora de cierre 6:00 pm. Si no hay contacto entre el personal de cuidado de niños y padres u otro adulto autorizado por 7:00, se llamará a las autoridades locales.
7. Los honorarios del cuidado de niño necesitan ser pagados por cheque, efectivo, Money Orden o por tarjeta de debito/crédito a través del sistema PayForIt (servicio de pagos en línea). Si paga en efectivo, necesitara traer la cantidad exacta solamente.
8. En caso de que el cheque no tenga fondos, se seguirá el siguiente procedimiento: 1) Los padres será notificados del NSF 2) Necesitará pagar (Efectivo) inmediatamente 3) Un recargo de \$25.00 (efectivo) será añadido separado 4) En caso de que dos cheques de NSF sean expedidos el padre/guarda será puesto entonces sobre la base de efectivo solamente. Si incurren algún cargo de comisiones adicional el padre/tutor será responsable de aquellos honorarios también.

Entiendo la Política del Pago de Honorarios a HCPS y consiento en cumplir con los términos de pago. Entiendo que el fracaso de adherirse al programa de pagos y/o políticas causará la terminación de servicios de cuidado de niño.

Firma del Padre/ Tutor: _____ Fecha: _____