



**2017-2018 YMCA DE AUSTIN-
FORMA DE INSCRIPCIÓN PARA EL CUIDADO**
Información General

Workforce
CCS

Asistencia
Económica

Miembro
de la Y

For Office Use Only:

Para cumplir con las leyes de licenciatura estatal, todas las secciones de esta forma deben ser llenadas por completo.

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Si tiene preguntas por favor comuníquese con Program Services al:
512-236-9622 o programservices@austinyymca.org

LISTA DE VERIFICACIÓN

- Información General y de Emergencia
- Autorización para Cuidado Medico
- Guía de Tarifas, Cobros Adicionales y Renuncias
- Formulario autorizando pagos automáticos

INFORMACIÓN DEL NIÑO (1)

Escuela del Niño: _____ **Fecha de inicio en el programa:** _____

Nombre del Niño (1): _____ **Apellido:** _____

Circule Uno: NIÑO NIÑA Prefiero no contestar **Fecha de Nacimiento:** ___/___/___ **Nivel Escolar (2017-2018):** _____

Etnicidad del Niño (1): HISPANO OTRO **Raza del Niño (1):** BLANCO NEGRO ASIÁTICO INDIO AMERICANO HAWAIANO/ISLEÑO PACIFICO

Con el fin de satisfacer mejor las necesidades de su niño, pedimos que por favor liste cualquier necesidad especial que su niño pueda tener. Tales como limitaciones físicas, problemas emocionales ó de comportamiento, alergias, enfermedades actuales, enfermedades pasadas, lesiones durante los últimos 12 meses, cualquier medicamento recetado por largo uso ó continuo, y cualquier otra información que nuestro personal deba saber:

Marque la casilla de verificación si su niño no tiene alergia o necesite atención especial

INFORMACIÓN DEL NIÑO (2):

Nombre del Niño (2): _____ **Apellido:** _____

Circule Uno: NIÑO NIÑA **Fecha de Nacimiento:** ___/___/___ **Nivel Escolar (2017-2018):** _____

Etnicidad del Niño (2): HISPANO OTRO **Raza del Niño (2):** BLANCO NEGRO ASIÁTICO INDIO AMERICANO HAWAIANO/ISLEÑO PACIFICO

Con el fin de satisfacer mejor las necesidades de su niño, pedimos que por favor liste cualquier necesidad especial que su niño pueda tener. Tales como limitaciones físicas, problemas emocionales ó de comportamiento, alergias, enfermedades actuales, enfermedades pasadas, lesiones durante los últimos 12 meses, cualquier medicamento recetado por largo uso ó continuo, y cualquier otra información que nuestro personal deba saber:

Marque la casilla de verificación si su niño no tiene alergia o necesite atención especial

INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIAN PRINCIPAL

La persona apuntada como Padre/Guardián Principal será la única persona autorizada para solicitar cambios de información y/o cancelar el cuidado

Padre/Guardián Principal Madre Padre Otro

Fecha de Nacimiento del Padre/Guardián: ___/___/___

¿Autorizado para Recoger?: {Si} {No}

Nombre del Padre/Guardián: _____

Apellido del Padre/Guardián: _____

Email: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Celular: _____ **Teléfono de Trabajo:** _____

Me gustaría recibir actualizaciones del programa por mensaje de texto.

INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIAN SECUNDARIO

Por favor marque la casilla para verificar si el padre/guardián secundario tiene autorización para hacer cambios a la cuenta del niño.

Padre/Guardián Secundario: Madre Padre Otro

Fecha de Nacimiento del Padre/Guardián: ___/___/___

¿Autorizado para Recoger?: {Si} {No}

Nombre del Padre/Guardián: _____

Apellido del Padre/Guardián: _____

Email: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Celular: _____ **Teléfono de Trabajo:** _____

Me gustaría recibir actualizaciones del programa por mensaje de texto.



**2017-2018 YMCA DE AUSTIN-
FORMA DE INSCRIPCIÓN PARA EL CUIDADO -2**
Información en caso de emergencia

Nombre del niño: _____
 Nombre del niño: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA/PERSONAS AUTORIZADOS PARA RECOGER AL NIÑO

****DEBE APUNTAR A POR LO MENOS UNA PERSONA COMO CONTACTO DE EMERGENCIA QUE NO SEA ALGUIEN ANOTADO EN LA PAGINA ANTERIOR**
 LA PERSONA APARTE DE LOS INDICADOS ANTERIORMENTE SERA COMUNICADO EN CASO DE EMERGENCIA SI EL PADRE/GUARDIÁN LEGAL NO
 PUEDA SER HALLADO: (Para cumplir con las pólizas de la YMCA, DSHS y TDFPS, el individuo autorizado para recoger al niño debe tener por lo
 menos 16 años de edad y poseer una identificación válida por el estado.)**

Contacto de Emergencia (1)

Nombre y Apellido : _____ Celular: _____
 Domicilio: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____
 Teléfono de Trabajo: _____ Otro Teléfono: _____

Contacto de Emergencia (2)

Nombre y Apellido : _____ Celular: _____
 Domicilio: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____
 Teléfono de Trabajo: _____ Otro Teléfono: _____

INFORMACIÓN MÉDICA EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del Médico: _____ **Dirección:** _____ **Teléfono:** _____

Para cumplir con las leyes de licenciatura estatal debe apuntar a un médico y hospital preferido. En el evento de que el padre no pueda ser hallado para hacer arreglos para atención médica de emergencia, Yo autorizo que el personal de la YMCA de Austin lleve a mi niño(s):

- Dell Children’s Hospital 4900 Mueller Blvd., 78723 (512) 324-0000
- Seton Northwest 11113 Research Blvd., 78759 (512) 324-6000
- St. David’s NAMC 12221 Mopac Blvd., 78758 (512) 901-1000
- South Austin Hospital 901 West Ben White Blvd., 78704 (512) 447-2211
- Seton Medical Ctr. (Hays) 6001 Kyle Parkway, Kyle, 78640 (512) 504-5000
- Otro (Por favor incluya el nombre completo del hospital y el domicilio) _____

PERMISO DEL PADRE/GUARDIÁN **Por favor escriba sus iniciales reconociendo cada artículo debajo**

 (iniciales) **PERMISO PARA TRATAMIENTO:** Doy permiso para cualquier y todo tratamiento necesario cuando mi niño este bajo cuidado médico o internado en un hospital.

 (iniciales) **AUTORIZACIÓN:** En caso de enfermedad o accidente, yo doy mi permiso al equipo médico elegido por la Y para llevar a cabo cualquier atención médica que se considere importante y necesaria si no pueda ser hallado. Acepto la responsabilidad financiera si dicho tratamiento es necesario. Además, entiendo que ni la Y ni sus trabajadores serán responsables en caso de accidente o muerte adicional.

 (iniciales) **IMUNICACIONES:** El registro de vacunas se encuentra en la escuela de mi niño. Si no, puedo proporcionar una copia de los registros de vacunas de mi niño durante la inscripción inicial. Todas las vacunas necesarias y pruebas de tuberculosis son actuales.

Nombre de la Escuela: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____



2017-2018 YMCA DE AUSTIN- FORMA DE INSCRIPCIÓN PARA EL CUIDADO - 3

Renuncia, Liberación, Indemnización y Acuerdo de no perjudicar

Nombre del niño: _____

Nombre del niño: _____

RENUNCIA, LIBERACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y ACUERDO DE NO PERJUDICAR:

Renuncia, Liberación, Indemnización, y Acuerdo de no perjudicar: Entiendo que las actividades de la YMCA tienen riesgos inherentes y al considerar la membresía y participación en programas de la YMCA yo asumo todos los riesgos e incidentes peligrosos al participar de todas las actividades de la YMCA, debido a la negligencia de la YMCA o mientras este dentro, alrededor, o en uno de los locales de la YMCA y/o mientras use la ubicación o cualquier edificio o equipo participante en cualquier programa asociado con la YMCA incluyendo el servicio voluntario. Yo renuncio, libero, perdono, indemnizo y eximo la responsabilidad de la YMCA, los organizadores, voluntarios, supervisores, oficiales, directores, participantes, entrenadores, árbitros, y también personas o padres transportando a participantes a sitios de actividades de cualquier clamor o daño sostenido durante mi uso de la propiedad o participación dentro la YMCA y sus programas.

Formato de Gran Grupo: Entiendo que debido a que el programa mantiene un formato de gran grupo, la YMCA no podrá proveer cuidado uno-a-uno con la excepción de base intermitente. Casos en particular incluyen: lesiones, problemas disciplinarios inmediatos, y ciertas necesidades para el cuidado personal acostumbradamente proveída a todos los niños. **ENTIENDO QUE RECIBIRE UNA COPIA DEL MANUAL PARA PADRES DE LA YMCA EL PRIMER DIA O ANTES DEL PRIMER DIA DE LA INSCRIPCIÓN DEL NIÑO. ESTA INFORMACION TAMBIEN ESTA DISPONIBLE EN www.AustinYMCA.org**

POR FIRME PARA INDICAR QUE USTED HA RECIBIDO EL GUIA DE COBROS, PAGOS, RENUNCIAS, LIBERACION, INDEMNIZACIÓN Y ACUERDO DE NO PERJUDICAR:

X _____ X _____
Firma de Padre/Guardián Fecha

ACUERDO DE PADRES PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA

- Entiendo que no puedo dejar a mi hijo(a) en la ubicación de la YMCA al menos que haya un miembro del personal de la YMCA presente.
- Entiendo que a mi hijo(a) no se le permitirá salir del programa con una persona no autorizada para recoger o personal. Solo los adultos con identificación válida y mayores de 16 años podrán ser autorizados para recoger al niño.
- Entiendo que la YMCA está ordenado por ley de Texas reportar cualquier sospecha de abuso o negligencia infantil.
- Entiendo que el personal de la YMCA no podrá servir como niñera(o), transportar, o cuidar de mis niños fuera del horario del programa de la YMCA.
- Entiendo que mi hijo(a) puede ser removido de un programa de la YMCA por cualquiera de las siguientes razones:
 - Falta de pago del costo del programa en fecha designada como debido
 - Comportamiento inapropiado del niño/padre que ponga en daño a cualquier individuo involucrado con la YMCA
 - Comportamiento inapropiado contra el personal de la YMCA
 - Falta de observar cualquier condición listada en el Manual Para Padres por temporada
 - Cuestiones privativas de libertad que no pueden ser resueltos por los padres o guardianes legales

Autorizo que mi niño(s) participe en las siguientes actividades mientras estén inscritos en un programa de la YMCA

1. Natación y Actividades de Agua
2. Ver una película clasificada PG
3. Participar en actividades del campamento
4. Viajar por transportación aportada por la YMCA
5. Participar en fotos o videos para publicaciones de la YMCA

Póliza de Comportamiento: La buena conducta es importante para todos en la vida diaria. Ciertos comportamientos se esperan de los niños que forman parte de la YMCA. Siguiendo las reglas promueve una buena experiencia de aprendizaje que es seguro y con cuidado. Cuando un niño ignora o descuida las reglas, la experiencia de todos es disminuida. Un Contrato de Conducta es el primer paso formal para poder resolver violaciones hacia los reglamentos. El contrato de conducta involucra a padres, niños, y personal, y requiere la participación de todas las partes. Si el comportamiento de su niño resulta en un problema continuo, tendremos que expedir un contrato de conducta. Habrá una muestra disponible en el sitio del programa. La falla de corregir comportamiento podrá resultar en la suspensión o despedida. *No todos los pasos del Contrato de Conducta se llevaran a cabo si un niño no sigue un reglamento de la YMCA. Acción disciplinaria será determinada para cada niño basado en la seriedad de la acción. Violencia o problemas que comprometen la seguridad del personal de la YMCA o participantes no serán tolerados y resultaran en la suspensión y expulsión inmediata del programa

FAVOR DE FIRMAR PARA INDICAR QUE HA RECIBIDO EL ACUERDO DE PADRE Y DECLARACIÓN DE PARTICIPACIÓN DE LA YMCA DE AUSTIN Y ACEPTO LOS TERMINOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE.

X _____
Firma de Padre/Guardián

X _____
Fecha



**2017-2018 YMCA DE AUSTIN-
FORMA DE INSCRIPCIÓN PARA EL CUIDADO - 4**
Guía de Tarifas y Cobros Adicionales

Nombre del niño: _____

Nombre del niño: _____

Guía de Tarifas y Cobros Adicionales

COBRO DE INSCRIPCIÓN –No-reembolsable/No-transferible

- Cobro de Inscripción de \$15 del 17 de Abril – 30 de Abril
- Cobro de Inscripción de \$30 del 1 de Mayo – 31 de Mayo
- Cobro de Inscripción de \$50 del 1 de Junio – 1 de Junio 2018
- Podrá mandar un cheque, money order, o completar la "Formulario autorizando pagos automáticos", para autorizar el pago de inscripción. iRegístrese entre el 17 de Abril – 30 de Abril para pagar solo \$15/por niño! El cobro de inscripción aumentara el 1 de Mayo y el 1 de Junio.

COBRO POR PAGAR TARDE: Un pago es considerado tarde si se recibe después del Primero del Mes. Un cobro de \$10 por pagar tarde será añadido a todos los pagos tardes. En el caso de que usted no pueda pagar el primero del mes, por favor llame a Program Services Branch con anticipación para poder hacer un arreglo de pago. Si hay una cantidad debida y no ha hecho arreglos para el quinto día del mes, el niño será cancelado del programa. **Si es cancelado por falta de pago para el programa de Cuidado Después de Escuela, un cobro de \$30 por renovar su registración será añadido.**

PÓLIZA DE CANCELACIÓN: Para retirar a un participante, la oficina de Program Services debe recibir una forma cancelación en escrito localizada en <http://www.austinyymca.org/programs/afterschool-care>. La forma de cancelación deber ser entregada a Program Services con dos semanas de anticipación de la fecha que quisiera cancelar. Avisos de cancelación pueden ser enviados por correo, fax, o correo electrónico. Un cobro de \$25 por cancelación será cobrado si el aviso de cancelación es recibido con menos de dos semanas de anticipación de la fecha de cancelar.

PAGOS SIN SUFICIENTES FONDOS: Un cobro de \$30.00 será agregado para todos los pagos que no tengan suficientes fondos o una tarjeta de crédito/debito declinado. Los niños no podrán asistir al programa al menos que el pago por mes del cuidado sea recibido y anotado por el Program Services Branch.

TARIFAS DEL PROGRAMA: La tarifa anual del programa se divide entre 9 pagos (Sept - Mayo) para todas las escuelas excluyendo las escuela Altamira Wayside y Magnolia Montessori que dura 10 meses. Los padres pueden elegir pagar el primero o el quince de cada mes. Las tarifas serán cobradas antes del mes de cuidado (ejemplo: El pago de Septiembre será aceptado el 15 de Agosto o el 1 de Septiembre).

ACUERDO DE BANCO/CRÉDITO/DÉBITO

1. Entiendo de que DAXKO ha sido autorizado como el agente en lugar de la YMCA de Austin, Program Services Branch para iniciar entradas de débito en mi cuenta de cheques/ahorros o tarjeta de crédito/debito. También, reconozco que el origen de mis transacciones (ACH: Automatic Clearing House) deben cumplir con las provisiones de la ley de los Estados Unidos.
2. Entiendo que DAXKO, una corporación estadounidense, procesara transferencias electrónicas de fondos. El débito en su cuenta se presentara como "DAXKO" en su estado de banco y estos fondos serán transferidos electrónicamente a la YMCA de Austin, Program Services Branch y proporcionado a la cuenta mensual del cuidado de su niño.
3. La YMCA de Austin, la mesa directiva y/o administración podrá, a su discreción, ajustar el plan de tarifa aplicable a los programas del cuidado de niños a cualquier tiempo. Entiendo que recibiré una notificación de por lo menos 30 días antes de que suceda dado cambio.
 - **Mientras use una tarjeta de crédito/débito como su método de pago:** Si el débito no es honrado por mi compañía de tarjeta de crédito, Yo entiendo que sigo siendo responsable por el pago más \$30.00 de cargo aplicado por la YMCA. Esto es en adición a cualquier cobro que su propia compañía de tarjeta de crédito le añade.
 - **Mientras use una letra bancaria/método EFT:** Si el débito no es honrado por mi banco o cuenta de EFT por cualquier razón, Yo entiendo que sigo siendo responsable por el pago, más un cobro de servicio aplicado por el tercer partido eCashFlow Systems que cobra la deuda. eCashFlow Systems intentara de cobrar la deuda pendiente hasta tres veces. Cada vez que cobra, o no pueda cobrar, se aplicara un cobro de \$30.00 por intento. Esto es en adición a cualquier cobro que su banco podrá añadir.

FAVOR DE FIRMAR CONFIRMANDO QUE HA RECIBIDO LA GUÍA DE TARIFAS Y COBROS DE LA YMCA Y ACEPTA LOS REQUISITOS PARA USAR TARJETA DE CRÉDITO/DÉBITO/CUENTA DE BANCO.

X _____
Firma del Padre/Guardián

X _____
Fecha



**2017-2018 YMCA DE AUSTIN-
FORMA DE INSCRIPCIÓN PARA EL CUIDADO - 5**

Formulario autorizando pagos automáticos

Nombre del niño: _____

 Nombre del niño: _____

TARIFAS MENSUALES POR REGION

	<u>Round Rock ISD</u>	<u>Hays CISD</u>	<u>UT Elementary</u>	<u>Manor ISD</u>	<u>Austin ISD Sur (Cowan and Baranoff)</u>
Miembro Familiar de la Y	\$235/mes	\$212/mes	\$115/mes	\$170/mes	\$222/mes
Participante del Programa	\$255/mes	\$232/mes	\$130/mes	\$190/mes	\$242/mes

	<u>Escuelas Wayside (Altamira) (Agosto-Mayo)</u>	<u>Escuelas al Este (IDEA, Blackshear, Guerrero-Thompson, Lucy Read, Ridgetop, Rodriguez, Uphaus)</u>	<u>Magnolia (Magnolia Montessori) (Agosto-Mayo)</u>	<u>Programas Pre-K (Locales selectos desde la hora de salida hasta las 2:45 PM)</u>
Miembro Familiar de la Y	\$154/mes	\$170/mes	\$154/mes	\$30/mes (Cowan)
Participante del Programa	\$174/mes	\$190/mes	\$174/mes	\$30/mes (Escuelas al Este)
Asistencia Económica	\$*75/mes	*\$80/mes	*\$75/mes	

Pagos Automáticos

Plan de Pagos Automáticos: La YMCA de Austin ofrece un plan de pagos automáticos vía el software de nuestra empresa de contabilidad llamado DAXKO. Este plan le ofrece la oportunidad de repartir sus pagos. Los pagos son cobrados a su banco, unión de crédito, o compañía de crédito automáticamente. No hay costo adicional por usar este programa.

FECHA DE PROYECCIÓN 1 15 (Por favor note que su primer pago será Agosto 15 o Sept. 1; excluye Wayside Altamira y Magnolia.)

OPCIÓN 1: TARJETA DE CRÉDITO/DÉBITO:

SU SEGURIDAD ES IMPORTANTE: *Si esta tarjeta de crédito está en el archivo de la Y, será automáticamente configurada para hacer sus pagos mensuales. Si esta tarjeta de crédito NO está en el archivo, un miembro de la Y le llamara para introducir manualmente el número de su tarjeta de crédito a su cuenta de la Y. Su número de tarjeta de crédito no se obtendrá por escrito y cuando sea archivada en su cuenta el personal de la Y no podrá ver los 16 dígitos. Su inscripción no es confirmada hasta que la información completa de la tarjeta sea recibida e introducida a su cuenta.

(Por favor seleccione uno)

- Visa American Express Mastercard Discover

Nombre del titular en la cuenta/tarjeta: _____ Teléfono: (____) _____

*Los 4 últimos números de la tarjeta: _____ Fecha de Expiración: _____

Domicilio para la Facturación de la Tarjeta: _____ Código Postal: _____

¿Podemos comunicarnos con la persona principal si hay preguntas/dudas sobre la facturación? CIRCULE UNO: SI NO

OPCIÓN 2: CUENTA DE BANCO/EFT: **Por favor incluya un cheque anulado con esta forma** (Necesitamos 10 días hábiles para autorizar antes de poder utilizar esta cuenta. Por favor note que la cuenta de EFT/cheque no se puede utilizar como una forma de pago después de la fecha de vencimiento del pago.)

Nombre del Titular en la Cuenta: _____ Nombre del Banco: _____

Número 'Routing'/Transito: _____ Número de Cuenta del Banco: _____

LA CAMPAÑA ANUAL:

La YMCA de Austin cree que todo niño merece una oportunidad de participar en un programa después de escuela que sea seguro, divertido, y enriquecedor. Su donación le dará esa oportunidad a otro niño.

Me gustaría donar hacia la Campaña Anual para que otro niño pueda asistir al programa de cuidado después de escuela de la Y. La cantidad de mi donación es: \$20 \$50 \$100 Por favor cobre \$10 cada mes a mi

Autorización: Autorizo que la YMCA de Austin pueda cobrar la tarjeta/cuenta de banco/EFT en las fechas indicadas para los pagos del Cuidado Después de Escuela 2017-2018 por la cantidad de _____. Entiendo que estoy inscrito en el plan de pagos automáticos, que se describe anteriormente, y estoy de acuerdo a cualquier y todos los cobros que pueden incurrir en uso de este servicio.

X _____ X _____
 Firma del Padre/Guardián Fecha