

Solicitud de centros de aprendizaje DPS 2020



INSCRIPCIÓN:

Las Escuelas Públicas de Durham están ofreciendo días completos de centros de aprendizaje para las familias de estudiantes de Pre-K a 12vo grado. En cada ubicación se aceptará un número limitado de estudiantes. Se cobrará una tarifa de inscripción por cada niño/a. Si usted retira a su niño/a, por favor envíenos una nota escrita con una semana de anticipación, para evitar que se le cobren costos adicionales.

Nuestra oficina está ubicada en el 2107 Hillandale Rd. en el Centro de Capacitación para el Personal de DPS. Aceptamos inscripciones utilizando la ventanilla (drop box) localizada en la entrada principal del edificio. **Por favor no deje dinero en efectivo.**

Con mucho gusto aceptamos cheques. Cuando usted nos proporciona un cheque como pago, usted nos está autorizando usar la información en el cheque para realizar una transferencia electrónica de fondos (EFT en inglés) de su cuenta, o para procesar el pago como una transacción de cheque. Usted nos autoriza cobrar una tarifa a través de EFT o giro bancario de su cuenta, si su pago es devuelto sin pagar. La Oficina de Educación Comunitaria y Participación Familiar se reserva el derecho de solicitar pagos en efectivo o con tarjetas de crédito una vez que se haya devuelto un cheque por falta de fondos

COSTOS:

Las tarifas se deben pagar al momento de la inscripción. Los programas de educación comunitaria para los grados de Kinder a 5to, están autorizados con una licencia de la división de desarrollo infantil y educación temprana de Carolina del Norte y son elegibles para cupones (vouchers) de guardería del Departamento de Servicios Sociales. Las tarifas para los programas de edad escolar están subsidiadas para todas las familias.

PREGUNTAS:

Llame a la oficina de contabilidad al 919-560-9488.

Por favor asegúrese de completar las dos páginas y revisar toda la información antes de enviarnos las páginas. Tome nota de la información concerniente a sus fechas y la ubicación.

www.dpsnc.net/afterschool

Para inscribirse las familias deben pagar la tarifa de inscripción y la tarifa de una semana de campamento. Los pagos semanales para los campamentos futuros se vencen una semana antes de la semana del campamento.

Los programas operarán a partir de las 7:00 am hasta las 6 p.m.

Seleccione una ubicación de centro de aprendizaje:

- Eno Valley WG Pearson
 Carrington MS Shepard MS

Seleccione las semanas a las que asistirá y si necesitará día completo o medio día.

TODO el día ½ día AM ½ día PM

** Las operaciones de los centros de aprendizaje están sujetas a cambios según las decisiones del distrito y de salud. Se pueden agregar semanas adicionales dependiendo de las guías del distrito.

* Lo centros de aprendizaje no operará el lunes 7 de septiembre.

Tarifas semanales:

\$140 semanales por el primer niño/a.

\$130 semanales por cada niño/a adicionales de la misma familia.

DURHAM
PUBLIC SCHOOLS



Registro de centros de aprendizaje DPS 2020

For Office USE Only:

Date: _____ EV WGP
 Amt: _____ Ck#: _____ CMS SMS

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Grado actual: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Grado actual: _____ Escuela: _____

(Responsable de la facturación) POR FAVOR ESCRIBA !

Nombre de Padre(s)/Tutor(es) #1: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo electrónico: _____

Número de Tel de la Casa: _____ Número de teléfono móvil: _____

Lugar de Trabajo: _____ Teléfono del trabajo: _____

Nombre de Padre(s)/Tutor(es) #2: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo electrónico: _____

Número de Tel de la Casa: _____ Número de teléfono móvil: _____

Lugar de Trabajo: _____ Teléfono del trabajo: _____

RECOGIDA AUTORIZADA: El niño se entregará únicamente a los padres/tutores legales mencionados anteriormente. **El niño también puede entregarse a las siguientes personas, según lo autorice la persona que firme esta solicitud.**

Nombre: _____ Teléfono del hogar: _____ Teléfono celular: _____

Nombre: _____ Teléfono del hogar: _____ Teléfono celular: _____

Nombre: _____ Teléfono del hogar: _____ Teléfono celular: _____

Contacto de Emergencia: Por favor escriba los nombres y números de teléfono de las personas adultas que tengan permiso de recoger a su niño del campamento.

Nombre: _____ Número de Tel. de la Casa: _____

Número de Tel. del Trabajo: _____ Otro Número de Tel: _____

Nombre: _____ Número de Tel. de la Casa: _____

Número de Tel. del Trabajo: _____ Otro Número de Tel: _____

Seleccione una opción de pago: Pago único:

Se adjunta cheque / giro postal a nombre de 'Community Education' Por favor cargue mi tarjeta: MasterCard Visa Discover la cantidad de \$ _____

Nombre del titular de la cuenta: _____ Número de cuenta: _____

Fecha de vencimiento: ____/____/____ Firma: _____ Fecha: ____/____/____

* A 3% convenience fee is charged for all credit/debit card transactions unless enrolled in EZ payment (automatic draft).

(Opcional) Pago EZ (EFT)- Débito Automático

Por la presente autorizo a DPS-Community Education a debitar de la cuenta que se indica a continuación para pagar la matrícula mensual debida. La opción de pago EZ (EFT) es el método preferido por DPS Community Education. Usted tiene que proporcionar simplemente la información de una tarjeta de crédito, débito o de cuenta corriente y el pago de la matrícula mensual se cobrará automáticamente el día 15 del mes o el siguiente día hábil. No se cobrará la comisión de 3% al débito bancario automático. Entiendo que tengo el completo control de mi forma de pago, y si en cualquier momento decido hacer cambios o suspender este servicio, se lo comunicaré a DPS-Community Education. El cambio de método de pago no afectará los términos de mi contrato.

MasterCard Visa Discover la cantidad de \$ _____

Su cuenta de cheques (adjunte un cheque anulado)

Nombre del titular de la cuenta: _____ Nombre del titular de la cuenta: _____

Número de cuenta: _____ Número de ruta del banco (primeros 9 dígitos): _____

Fecha de vencimiento: ____/____/____ Código de seguridad de 3 dígitos al _____ Número de cuenta (segundo grupo de dígitos): _____

dorso de la tarjeta: ____ Número de cheque (tercer grupo de dígitos): _____

Firma: _____ Fecha: ____/____/____ Nombre del banco: _____

NECESIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA: Para cualquier niño con necesidades de atención médica como alergias, asma u otra afección crónica que requiere servicios de salud especializados, **debe adjuntarse a la solicitud un plan de acción médica.** El padre, madre o profesional de atención médica del niño debe completar el plan de acción médica. ¿Se adjuntó un plan de acción médica? Sí No

Detalle cualquier alergia y los síntomas y el tipo de respuesta requerida para las reacciones alérgicas.

Detalle las necesidades o inquietudes de atención médica, los síntomas y el tipo de respuesta para estas necesidades o inquietudes de atención médica.

Explique cualquier necesidad física, emocional o conductual.

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Preferencia de hospital: _____ Teléfono: _____

Por favor indique cualquier necesidad física, emocional o de aprendizaje de su hijo/a. Sí No Explique: _____

Recibe su hijo/a servicios para niños con necesidades especiales? (EC por sus siglas en inglés) Sí No

De ser así, ¿en qué entorno? _____ Clases suplementarias _____ Clases separadas

Área de EC primaria _____ Discapacidad de aprendizaje (LD) _____ Discapacidad de comportamiento (SED/BED) _____ Discapacidad mental educable (ID/EMD) _____ Habla/lenguaje (MU) _____

Discapacidad auditiva (HI) _____ Discapacidad visual (VI) _____ Autismo (AU) otra (_____)

¿Actualmente está usted experimentando alguna de las siguientes circunstancias debido al COVID-19? Sí No

En caso afirmativo, por favor marque la casilla correspondiente. Vivienda Trabajador esencial (industria de alimentos, atención médica, servicios de conserjería) Desempleo

Cuando su hijo/a estaba en la escuela, ¿recibió servicios 504 o ESL? Sí No

En caso afirmativo, por favor marque la casilla correspondiente. 504 ESL

¿Es este el primer año de su hijo/a en una escuela de los Estados Unidos y él/ella necesitará apoyo en inglés? Sí No

- ¿Existe una separación, divorcio o inquietud sobre la custodia de niño/a de que nuestro personal deba saber? No Sí (En caso afirmativo, adjunte una explicación y la orden judicial)
- ¿Tiene su niño(s) temores, alergias, problemas médicos o especiales que puedan afectar su estancia durante el programa? Por favor, adjunte una explicación de cualquier problema físico, emocional, de conducta o médico a esta solicitud. No Sí (En caso afirmativo, adjunte una explicación en una hoja por separado)
- Estoy de acuerdo con el contrato de antes y después de la escuela, el campamento de verano y las políticas y procedimientos estatales de las Escuelas Públicas de Durham-Educación Comunitaria. Certifico que he recibido (copia impresa / en línea) en www.dpsnc.net/afterschool del manual para padres que incluye las pautas de manejo de comportamiento, política acuática, política de tabaco de DPS y un resumen de las Leyes de Cuidado Infantil de Carolina del Norte.
- Estoy de acuerdo con el contrato de los programas antes/después de la escuela, el campamento de verano, las políticas estatales y los procedimientos del departamento de Educación Comunitaria de las Escuelas Públicas de Durham. Certifico que he recibido copia (en papel/en línea) en www.dpsnc.net/afterschool del manual para padres, el cual incluye las normas para el control de la conducta, políticas acuáticas y un resumen de las leyes de cuidado de niños de NC. Doy mi permiso para que mi hijo(a) participe de forma completa en todas las actividades de los programas de antes y después de la escuela y en las actividades del campamento de verano incluyendo excursiones y natación bajo la supervisión del personal de campamento. No Sí
- Entiendo que recibiré facturas del programa e información de mi cuenta por correo electrónico.
- Es usted empleado/a de DPS? No Sí
- ¿Es usted elegible para almuerzo gratis? No Sí
- Es usted elegible para almuerzo reducido? No Sí
- ¿Usted necesita transporte? No Sí

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Notificación del riesgo relacionado con el Coronavirus / COVID-19 al asistir o usar los centros de aprendizaje ubicados en las escuelas públicas de Durham

El nuevo coronavirus, COVID-19, ha sido declarado pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud. **COVID-19 es extremadamente contagioso** y se cree que se transmite principalmente por el contacto de persona a persona. Como resultado los gobiernos federales, estatales y locales y las agencias federales y estatales de salud, recomiendan el distanciamiento social y en muchos lugares, han prohibido que se congreguen grupos de personas. Para reducir la propagación de COVID-19, las Escuelas Públicas de Durham (DPS por sus siglas en inglés) han implementado medidas preventivas de acuerdo con las pautas y órdenes federales, estatales, locales y del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés). Nuestro distrito ha implementado precauciones de seguridad en todos nuestros edificios; sin embargo, es importante que los padres y estudiantes comprendan que los distritos escolares solo pueden mitigar el riesgo de COVID-19. Ningún distrito, organización o empresa puede ofrecer una protección del 100% contra el riesgo a estar expuesto a una pandemia mundial. DPS no puede garantizar que usted o su hijo/a (hijos/as) no se contagien con el COVID-19. Asistir y estar presente en los centros de aprendizaje podría aumentar su riesgo y el de sus hijos/as de contraer COVID-19.

Reconozco la naturaleza contagiosa de COVID-19 y el riesgo al cual mis hijos/as y yo podríamos estar expuestos o infectarnos con COVID-19 si asistimos a los centros de aprendizaje ubicados en los locales de DPS y que el contagio o la infección puede traer como resultado lesiones personales, enfermedad, incapacidad permanente o muerte. Además, estoy de acuerdo que tanto mis hijos/as como yo cumpliremos con las pautas y las medidas de seguridad relacionadas con COVID-19 del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Durham y de Carolina del Norte.

HE LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE LO ARRIBAMENCIONADO.

Nombre del hijo/a: _____

Nombre del padre/madre/tutor: (letra de imprenta) _____

Firma de uno de los padres/tutores: _____ Fecha en que fue firmado: _____