



## 2008/2009 Paquete Del Registro Del Cuidado De Niño

### Procedimientos

La ley del estado de Washington y el YMCA requiere que los puntos siguientes estén terminados antes de que el YMCA pueda aceptar a su niño para atender a un sitio del Cuidado de Niños de la Edad de la Escuela de YMCA. Los registros no pueden ser tomados en el sitio del cuidado de los niños.

1. Este paquete del registro debe estar en archivo en la oficina de YMCA, 1234 Columbia Park Trail, Richland, WA. Traiga por favor un traductor con usted a la oficina de YMCA.
2. Una tarjeta de emergencia y un certificado de inmunización deben ser completados para su niño y archivados en la oficina de YMCA y el sitio del cuidado de niño de YMCA.

Nombre de Niño: \_\_\_\_\_

### Por Favor Elija el Horario de Inscripción De Su Niño

Precio Mensual De Tiempo Completo (13 días o más)		Precio Mensual De Tiempo Parcial (12 días o menos) **		Precio Mensual Limitado (5 días o menos)**	
<input type="checkbox"/> AM & PM	\$267	<input type="checkbox"/> AM & PM	\$206	<input type="checkbox"/> AM & PM	\$135
<input type="checkbox"/> AM Solamente	\$151	<input type="checkbox"/> AM Solamente	\$113	<input type="checkbox"/> AM Solamente	\$65
<input type="checkbox"/> PM Solamente	\$195	<input type="checkbox"/> PM Solamente	\$130	<input type="checkbox"/> PM Solamente	\$77

\* Las tarifas están conforme al cambio. La preferencia de la inscripción se da a los participantes a tiempo completo. Inscripción será limitada para asegurar buena calidad del programa y cumplir con las indicaciones de cuidado de niños del departamento de licencias del estado.

\*\* Si los participantes atienden al cuidado de niños de edad de la escuela de YMCA por más días de lo que están actualmente matriculados, un honorario adicional de \$25.00 será cargado para cada día adicional.

### Por Favor Elija el Lugar de Inscripción de Su Niño

<input type="checkbox"/> Amistad (autobús a Westgate)	<input type="checkbox"/> Hawthorne	<input type="checkbox"/> Sunset View
<input type="checkbox"/> Canyon View	<input type="checkbox"/> Lincoln	<input type="checkbox"/> Vista
<input type="checkbox"/> Cascade	<input type="checkbox"/> Ridge View	<input type="checkbox"/> Washington
<input type="checkbox"/> Edison	<input type="checkbox"/> Southgate	<input type="checkbox"/> Westgate
<input type="checkbox"/> Eastgate		

*El YMCA se esfuerza servir a toda la comunidad. Esta información nos ayuda a desarrollar nuevas programas y asegura la diversidad de nuestro programación. Informamos lo siguiente estadísticas anualmente a agencias de becas y al United Way y los Condados de Benton y Franklin. Esta sección es opcional.*

**Raza/Pertenencia Etnica** Asiático  Negro/Afro americano  Hispano/Latino  Otro  Blanco  Desconocido

**Numero total de los miembros de familia en casa**  2  3  4  5  6  7+

**Salario total de casa**  Menos 10,000  10,000 – 30,000  30,000 – 50,000  50,000+

Opcional



# Políticas de la Inscripción Y Pago del Cuidado de Niño de YMCA

Nombre(s) De Niño(s) \_\_\_\_\_

Un honorario de registro que no puede ser reembolsable de \$50.00 se requiere en tiempo de la inscripción. Miembros del YMCA recibirán tarifas reducidas, ventajas por registros tempranas, y beneficios adicionales durante el año. Los reembolsos no están disponibles después del mes en que el cuidado de niño comienza. No damos crédito por días faltados. (\_\_\_\_\_) *Inicial De Acepto*

Como cortesía, avisos de pago se envían por correo el 25 de cada mes. Una vez que esté registrado, usted es responsable del pago aun que no recibe el aviso de pago en el correo. **Por la seguridad de su niño y nuestros empleados, el YMCA no acepta pagos en ninguno de los sitios de cuidado de niños de edad escolar.** Por favor mande su pago por correo o llévalo a la oficina de YMCA. El YMCA no da crédito para los días que falten sus niños. (\_\_\_\_\_) *Inicial De Acepto*

Es su responsabilidad (incluso si el estado DSHS paga) asegurarse que los pagos son recibidos en la oficina por el 1r de cada mes (antes de que se proporciona el servicio). El YMCA determina un honorario de \$20 para cualquier pago recibido después del 5 del mes en que el pago es debido. Los pagos pendientes no pagados por completo antes del 6 del mes darán lugar a la suspensión del cuidado hasta que la cuenta atrasada se paga por completo. Cualquier cuenta se puede enviar a una agencia de colección si está juzgada necesaria. (\_\_\_\_\_) *Inicial De Acepto*

**Si usted desea cambiar el servicio que usted recibe, usted debe dejar la oficina saber, en escritura por el día trabajado pasado del mes que precede el cambio.** Si no, las tarifas registradas previamente se aplican. Las formas del cambio están disponibles en la oficina, en línea, y en todos los sitios del cuidado de niño. La notificación solamente a el supervisor del sitio de un cambio no es una forma aceptable de aviso. **Quitando a su niño de nuestro cuidado se considera un cambio.**

(\_\_\_\_\_) *Inicial De Acepto*

No habrá medidas especiales tomadas para los pagos. Los honorarios para los participantes a tiempo completo están prorrateados en Diciembre, Abril y Junio debido a vacaciones de la escuela. YMCA no prorratea los honorarios del cuidado de niño para los participantes alistados de medio tiempo o limitados durante vacaciones de la escuela. YMCA ofrece campos de día durante estos períodos para un honorario adicional. **Los participantes del cuidado de la edad de la escuela deben alistarse y pagar por separado para atender durante los períodos del campo de día, participantes no se alistados automáticamente en campo de día.**

(\_\_\_\_\_) *Inicial De Acepto*

Cada sitio del cuidado de niño se cierra a las 6:00 p.m. Tenemos la política siguiente de carga: Una carga de \$2.00 por el minuto (mínimo de \$10.00 por niño) será agregada a su cuenta por cada minuto después de las 6:00 p.m. Estas cargas serán agregadas a su declaración mensual siguiente. El YMCA utiliza el reloj de la escuela en el gimnasio por tiempo oficial, sea seguro comprobar el reloj.

(\_\_\_\_\_) *Inicial De Acepto*

Los horarios de la mañana o de la tarde solamente no pueden ser mezclados o intercambiados. En días de nieve y días profesionales de profesores los sitios son abiertos de las 6:00 a.m. a 6:00 p.m. Para los niños que atienden a mañana solamente o a tarde solamente, habrá una carga adicional de diez dólares (\$10.00) para el cuidado de niño completo del día. El YMCA es cerrado en todos los días de fiesta nacionales y el día después de el día de Acción de Gracias. (\_\_\_\_\_) *Inicial De Acepto*

Si le firman para el cuidado por horas y pasa los 12 días asignados, o si le firman para el cuidado limitado y pasa sus 5 días asignados, le cargarán \$25.00 para cada día adicional atendido. Recuerde dar al supervisor del sitio 24 horas de aviso que su niño atenderá si usa cuidado limitado o tiempo medio. (\_\_\_\_\_) *Inicial De Acepto*

No se permitirá a ningún niño irse con una persona que no se enumere en su tarjeta de emergencia a excepción de administradores, consejeros, o profesores de la escuela. No se permitirá a ningún niño irse con una persona que no se enumere en su tarjeta de la emergencia a excepción de administradores, de consejeros, o de profesores de la escuela. Si usted necesita que alguien recoja a su niño que no esta en la lista, su petición debe hacer echa en escritura antes que recojen a su niño. Deje por favor esos en su tarjeta de emergencia saber que necesitaran ser preparados para demostrar la identificación. Le requerirán firmar a su niño dentro y fuera del sitio del cuidado de niño cada día. Usted debe venir adentro para conseguir a su niño y firmar la hoja con una firma legal completa (esto es un requisito del Estado de Washington WAC 388-73-414). (\_\_\_\_\_) *Inicial De Acepto*

**Si usted tiene algunas preguntas o preocupaciones, por favor llámanos al teléfono de la oficina 374-1908. Gracias por elegir el YMCA para sus necesidades del cuidado de niño de edad escolar.**

**Reconozco y acepto los términos que el YMCA de los Tri-Cities ha dispuesto para su programa del cuidado de niño de la edad de la escuela. Convengo y acepto que soy financieramente responsable de todo el cuidado de niño, las últimas cargas, las cargas adicionales del día, las cargas de la comida y cualquier dinero debidos para las clases que he alistado a mi niño con el YMCA de las mayores Tri-Cities.**

**He recibido una copia del manual del padre de YMCA, incluyendo estas políticas y la leeré dentro de la primera semana de colocar mi hijo(s) en el programa del cuidado de niño de la edad de la escuela de YMCA. Entiendo que la TARJETA de la INSCRIPCIÓN de la EMERGENCIA de mi niño y el Certificado del Estado de la Inmunización deben estar en archivo en el sitio del cuidado de niño antes de que mi niño pueda atender.**

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

# YMCA Tarjeta De Emergencia/Inscripcion De Cuidado De Niños

Esta forma debe estar en archivo en su sitio del cuidado de niño de YMCA para que su niño puede atender

Nombre de Niño: \_\_\_\_\_

Hombre  Mujer Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Limitaciones/Precauciones (Medicacion, alergias, otro) \_\_\_\_\_

Madre/Tutor Legal \_\_\_\_\_ Teléfono De Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Numero De Trabajo \_\_\_\_\_

Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_ Teléfono De Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Numero De Trabajo \_\_\_\_\_

Niño Reside Con (*elige uno*)  Los Dos Padres  Mama  Papa  Otro \_\_\_\_\_

Compañía del Seguro Medico: \_\_\_\_\_ Numero de la Política #: \_\_\_\_\_

Fecha de Ultima Visita de Doctor: Ultimo inyección de Tétanos o DPT: Contacto De Emergencia (aparte de los padres/tutor escolar ya anotados):

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono De Casa \_\_\_\_\_ Otro Teléfono \_\_\_\_\_

Bajo **NINGUNA** circunstancia su niño será soltado a una persona sin autorización del padre o tutor legal. SOLAMENTE las personas enumeraron abajo se consideran autorizado. Enumere todas las personas, INCLUYENDO LOS PADRES/TUTOR LEGAL que se autorizan a tomar a su niño, tal como amigos y los miembros de la familia. Identificación requerida.

	Nombre	Dirección	Teléfono	Relación Al Niño
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____

**Participación/Liberación de Responsabilidad:** Soy padre/madre o tutor legal del participante. Doy mi permiso para la participación de mi hijo/a en actividades de programa de YMCA y para su transporte según lo autoriza la YMCA. Entiendo que aún con todas las precauciones razonables, un accidente puede ocurrir y a veces ocurrirá. Por lo tanto, para que la YMCA permita a mí o a mi hijo/a participar en actividades de la YMCA, entiendo y reconozco expresamente libero de responsabilidad, indemnizo y amparo de responsabilidad a la YMCA y a su personal, sus mesas directivas, sus miembros, voluntarios o invitados por cualquier lastimadura, pérdida o daño relacionado de cualquier forma con la participación mía o de mi hijo/a en actividades de YMCA dentro o fuera del local de la YMCA. Entiendo que esta liberación de responsabilidad incluye cualquier reclamo basado en la negligencia, acción o falta de acción de la YMCA, de su personal, sus mesas directivas, voluntarios, miembros o invitados.

**Seguros:** Es la responsabilidad de cada individuo, sus padres/tutor legal, proporcionar su propio cubierto para accidentes y salud mientras participa en actividades de YMCA. La YMCA of the Greater Tri-Cities no proporciona ningún cubierto para accidentes o salud para sus participantes.

**Tratamiento Médico:** Por medio del presente autorizo a YMCA para que transporte a mi hijo/a y doy mi consentimiento para cualquier tratamiento médico y/o quirúrgico para el participante nombrado arriba que tal personal o personal médico estime aconsejable o necesario. Doy mi permiso para que miembros del personal administren CPR y/o Primeros Auxilios si lo estimen apropiado o necesario. Por medio del presente autorizo a la YMCA para que aplique loción para el sol (provisto por el padre/tutor legal) a mi hijo/a para su protección contra los rayos dañinos del sol según lo estime apropiado el personal de la YMCA. Si no se puede ubicar razonablemente a un padre/tutor cuando mi hijo/a requiere de atención médica, prefiero\* que mi hijo/a sea llevado/a a:

Doctor: \_\_\_\_\_ Fono: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ o en emergencia

Kennewick General Hospital  Lourdes Medical Center  Kadlec Medical Center (\*el hospital utilizado se basará en la ubicación en el momento de la emergencia)

**Permiso para Fotografías:** Doy permiso a la YMCA para que use, sin limitación, compensación u obligación, las fotografías, películas o grabaciones que pueden incluir la imagen o la voz de mi hijo/a para los propósitos de promover o interpretar los programas de YMCA.

**He leído y entiendo completamente este formulario y firmo voluntariamente este formulario de autorización y liberación de responsabilidad.**

\_\_\_\_\_  
Firma de Madre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Revisado conforme por: \_\_\_\_\_

firma del personal

Fecha: \_\_\_\_\_ Exención: Sí  No   
(vea el reverso)



# CERTIFICATE OF IMMUNIZATION STATUS

## CERTIFICADO DE ESTADO DE INMUNIZACIÓN

La ley estatal de Washington (RCW 28A.210.160) requiere que todos los niños tengan un Certificado de Estado de Inmunización completo en los registros de la escuela, pre-escuela o instalación de guardería a la que asisten.

Apellido del niño	Primer nombre	Segundo nombre	Sexo	Fecha de nacimiento
Nombre del padre/tutor			Teléfono durante el día	

Inmunización	Tipo de Vacuna	Dosis	Fecha aplicada		
			Mes	Día	Año
<b>HEP B</b> (HBV) Hepatitis B		1			
		2			
		3			
		4			
<b>DTaP/ DTP/DT</b> (Difteria, Tétano, Pertusis (Tos Ferina) )		1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
<b>TD/Tdap</b>		1			
		2			
		3			
<b>HIB</b> <i>Haemophilus influenzae B</i>		1			
		2			
		3			
		4			
<b>POLIO</b> (OPV por via oral, IPV por inyección)		1			
		2			
		3			
		4			

Inmunización	Tipo de Vacuna	Dosis	Fecha aplicada		
			Mes	Día	Año
<b>MMR</b> (Sarampión, Paperas y Rubéola)	MMR	1			
	MMR	2			
	MMR				
	Sarampión				
	Paperas				
	Rubéola				
<b>VARICELA</b> Varicela	Vacuna	1			
		2			
	Enfermedad	<b>SI</b>		<b>NO</b>	
Fecha aproximada o edad del niño cuando tuvo la enfermedad					
<b>OTRAS VACUNAS</b>					

➔ Certifico que la información proporcionada aquí es correcta y verificable. ←

X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

# Declaración de Exención a La Ley de Inmunizaciones

## AVISO:

Su niño puede ser exento (excusado) de inmunización debido a razones médicas, personales o religiosas. Sin embargo, si se trata de un brote de una enfermedad prevenible con vacunas contra la cual no ha sido inmunizado su niño, el niño o la niña pueden ser excluidos de la escuela, pre-escuela o guardería hasta que termine el brote.

### Exención Médica

Certifico que el niño nombrado en este formulario está médicamente eximido del requisito para las siguientes vacuna(s):

\_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_  
vacuna(s): \_\_\_\_\_ Fecha

Escriba a máquina o en letra de molde el nombre del médico

\_\_\_\_\_  
firma del médico

### Exención Personal

### Exención Religiosa

Me opongo a las inmunizaciones. Entiendo que mi niño(a) puede ser excluido(a) de asistir a la escuela durante un brote.

No deseo que mi niño(a) reciba la(s) siguiente(s) vacuna(s):

\_\_\_\_\_  
Vacuna(s)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Documentación de Inmunidad

Certifico que el niño nombrado en este formulario tiene una evidencia de laboratorio de inmunidad a sarampión/paperas/rubéola/varicela (por favor marque con un círculo).

Adjunte los resultados del examen de sangre (TITER)

\_\_\_\_\_  
Escriba a máquina o en letra de molde el nombre del médico

\_\_\_\_\_  
Firma o sello del médico

\_\_\_\_\_  
Fecha

Para mas información

<http://www.doh.wa.gov/cfh/immunize/documents/childschedule05.pdf>

<http://www.doh.wa.gov/cfh/immunize/schools.htm>

**SPANISH**