



12 de abril, 2010

Estimadas familias de CREST,

Con Respeto a: MATRICULACIÓN DE CREST PARA EL AÑO ESCOLAR 2010-2011

¡El año escolar 2010/11 ya esta por llegar y estamos mirando adelante a ofrecer a su niño(a) un anfitrión de diversión y a interesarlo en programas de después de la escuela!

Como familia que participó previamente en CREST, usted tiene la oportunidad al pre-registro para su niño(a) que pronto estará en el 4to o 5to grado en CREST. CREST es un programa que proporciona a niños que jueguen libremente, tomen un bocado diario, obtengan asistencia en tareas, clases de enriquecimiento y juegos organizados hasta las 6:00 P.M.

El programa se ofrece a un bajo costo, en el sitio de la escuela de su niño, y las familias de CREST reciben descuentos especiales para participar en otros programas de CREST tales como clases de enriquecimiento y deportes.

Recomendamos que usted se aproveche de la oportunidad al pre-registro de asegurar el lugar de su niño en el programa y de asegurar un primer día de la escuela acertado.

Adjunto, encontrara un **paquete de matriculación** y una aplicación de **asistencia financiera** junto con un **“guía de paso a paso”** para completar este papeleo. Por favor lea todas las instrucciones con cuidado y tome su tiempo en completar todo claramente y exacto. También, asegúrese que todas las secciones estén completas y que haya firmado cada pagina que requiere firma. **¡Paquetes incompletos retrasara su Registración!**

Una **cuota de Registración de \$50** y las cuotas de cuidado de niños para **Septiembre** deberían ser incluidas en este tiempo. Dos cheques o Money Orders son requeridos (o puede pagar con tarjeta de crédito), hagan los cheques a “City of Santa Monica”. (Excepción: esos aplicando para asistencia financiera o si reciben Connections For Children/Cal Works deberían contactar la oficina en respeto a sus pagos).

¡REGISTRACIÓN COMIENZA EL 19 DE ABRIL DE 2010! Envíe por favor su paquete completado por correo a la oficina CREST Youth Office, Attn: Childcare 1133, Santa Mónica, CA 90403. Usted puede también llevar la registración y los pagos en persona entre 8:30 mañana y de 5:30 P.M.

Si usted tiene cualquier pregunta o necesita ayuda con llenar el formulario de registro, usted puede venir a la oficina CREST Youth Office o llamarnos al: **(310) 458-8540**.

Usted recibirá la confirmación de la inscripción por correo. Observe por favor que los coordinadores del sitio estarán disponibles en su escuela que comienza a las 7:30 de la mañana en los primeros dos tres días de la escuela a contestar a cualquier pregunta y a asistirle con el registro en todos los programas de CREST (Cuidado de niños, Enriquecimiento, Deportes y Acceso del Patio). ¡Esperamos tener a su niño(os) en nuestros programas!

GUÍA DE PASO A PASO PARA COMPLETAR EL PAQUETE DE REGISTRACIÓN PARA CUIDADO DE NIÑOS 2010-2011

OPCIÓN DE INSCRIPCIÓN

- Revise por favor las 3 opciones del programa de cuidado de niños que son disponibles. Seleccione **uno** basado en sus necesidades.
- Usted debe determinar cuáles tres días atenderá su niño si selecciona la opción parcial. *Estos deberían de ser constantes y no puede variar semana por semana.*
- Un máximo de dos cambios de la opción del programa se permite en un año escolar.

FORMA DE REGISTRO DE LA ACTIVIDAD

- Favor de asegurar que el formulario este completado con el nombre, la fecha de nacimiento, la edad y el grado de su niño. **Su información especial de los números del contacto y de las necesidades de la medicación del niño debe también ser incluida.**
- Asegúrese por favor que el método de pago esté identificado claramente (con números y la fecha de vencimiento para los pagos de la tarjeta de crédito).
- Por favor complete los detalles de los adultos autorizados para tomar a su niño en caso de una emergencia.
- Imprima por favor su nombre, firme y feche la forma.

CUESTIONARIOS DE LA INFORMACIÓN DEL NIÑO

- Para servir lo más mejor posible a su niño, llene los formularios por favor, dándonos la más información como sea posible.

APLICACIÓN DE LA AYUDA FINANCIERA

- Sección A – Adjunte por favor la prueba de residencia y la prueba de ingresos.
- Sección B -Por favor termine de llenar completamente, incluyendo números totales de adultos y niños en el hogar (cualquier persona sobre la edad de 18 se considera un adulto).
- Sección C - Termine por favor completamente - sin esta información, su aplicación no será procesada.
- Sección D - Su aplicación no será procesada si su nombre y firma no está en la forma.

TODOS los papeles tienen que estar completados.



City of
Santa Monica®

Cuotas del Programa de Cuidado de Niños CREST 2010-2011

Código de Actividad	Servicio	Horas de Servicio	Días de Servicio	Cuotas Mensuales
CC All (Tiempo Completo)	Cuidado de niños tiempo completo y vacación de invierno y primavera	7:00AM hasta el comienzo de la escuela y después de la escuela hasta 6:00PM	Año escolar, más 8 días de campamento de invierno y 10 días de campamento de primavera	\$360.00
CC	Cuidado de niños tiempo completo	7:00AM hasta el comienzo de la escuela y después de la escuela hasta 6:00 PM	Año escolar, más un día de "Pupil Free Day"	\$300.00
CC - PT (Medio Tiempo Después de la escuela)	Cuidado de niños medio tiempo	Después de la escuela hasta 6:00 PM	Año escolar, 3 días a la semana a la discreción de los padres	\$220.00
CC-PT (Medio Tiempo antes de la escuela)	Cuidado de niños medio tiempo	Antes de la escuela 7:00 AM hasta que empiece la escuela	Año escolar- 5 días a la semana	\$140
DR (Servicio por día)	Servicio Por Día	8:30 AM hasta 5:00 PM campamento/ después de la escuela hasta las 6:00PM	Campamentos/ Año escolar	\$65.00

* La cuota de Registración de \$50 se paga una sola vez con el primer pago.

Campamentos de invierno y primavera tendrán cuotas y registración separadas si su hijo/a no está registrado en la opción de "CC-All". Para más información hable con el Coordinador del programa de CREST en su escuela.



CREST Childcare Program Fee Agreement

_____ will be participating in the CREST program for the 2010-2011 school year.
(Child's name)

- **Tuition payments are due on the 25th of each month for the following month.** Non-payment of tuition by the 1st of the month will result in loss of program services. Any payment arrangements must be made with approval of a supervisor.
- All students are expected to follow the established site rules. Progressive discipline is used and may include parental involvement.
- The CREST program ends at 6:00 p.m. Late pick-ups will be noted and charged a fee of \$1 per minute. Excessive late pick-ups will result in termination of services.
- Each child will be signed into the program DAILY by the CREST Staff. An authorized person must sign the child out. No child will be released to any one who is not listed on their emergency card unless PRIOR, written permission is given by the parent. Emergency card information should be updated as changes occur.

You have enrolled your child in the _____ option of the program. Your child will be expected to attend according to this schedule. If he/she will be absent from CREST, please notify the site.

_____ participará en el programa de CREST para el año escolar del 2010-2011.
(Nombre del niño/a)

- **Los pagos por el costo de programa deben de hacerse el día 25 del mes anterior.** Si no hemos recibido el pago para el día 1º, su niño podría ser dado de baja del programa. Cualquier acuerdo concerniente a los pagos deberá de ser aprobado por la supervisora.
- Se espera que todos los estudiantes se apeguen a las normas de la escuela. De lo contrario se llevará a cabo una disciplina progresiva y podría requerir la participación de los padres.
- El programa de CREST termina a las 6:00 p.m. en punto. Se tomará nota de las veces que usted llegue tarde y se le cobrará \$1 el minuto que usted llegue tarde a recoger a su niño/a. Una continua demora podría traer como consecuencia la suspensión de los servicios.
- El personal de CREST marcará la asistencia de su niño al programa diariamente. La persona autorizada a recoger al niño a personas que no aparezcan el la tarjeta de emergencia de su niño, al menos que hayamos recibido una autorización con anticipo y por escrito de los padres. La información en la tarjeta de emergencia deberá de estar siempre al corriente.

Usted ha matriculado a su niño en la opción _____ del programa. Se espera que su niño asista al programa de acuerdo a su horario. Si él/ella **no** asistirá al programa favor de avisar al sitio en la escuela.

I have received a copy of the contract and agree to abide by the policies and procedures of the CREST program.

He recibido una copia del contrato y estoy de acuerdo con las normas y procedimientos del programa.

Signature/Firma

Date/Fecha

F O R M A D E R E G I S T R A C I Ó N

Favor de escribir con letra de molde y llenar completamente. Para pagar cuota de residente, se requiere un comprobante para verificar que ud. es residente de Santa Monica. Favor de incluir una copia de un cobro de utilidades corriente y de una identificación con foto.

Información del participante

Nombre completo (nombre y apellido) _____

Hombre Mujer Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Grado _____

Escuela _____ Salón _____

Marque aquí si esta dirección, teléfono o correo electrónico es nuevo

Nombre de tutor legal _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Teléfono de la casa () _____ Teléfono del trabajo () _____

Teléfono celular () _____ Dirección del correo electrónico _____

Necesidades especiales/medicamento _____

Grupo étnico (opcional) _____

Información del pagador (La persona que está pagando por la registración)

Nombre (nombre y apellido) _____

Licencia de conducir _____

Marque aquí si esta dirección, teléfono o correo electrónico es nuevo
Complete esta sección si la información es diferente a la del participante.

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Teléfono de la casa () _____ Teléfono del trabajo () _____

Teléfono celular () _____

Dirección del correo electrónico _____

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

Fecha: _____ Cheque: _____ Recibo: _____

SECCIÓN A: Actividades

Sólamete indica las opciones para clases.

Número de la sesión	Nombre de la actividad*	1a Opción		2a Opción		3a Opción		Cuota**
		Día	Hora	Día	Hora	Día	Hora	
Total de cuotas								

*incluye campos, cuidado de niños, clases y talleres ** Residentes de Santa Monica: incluya una copia de ultima cuenta de luz/gas reciente y una identificación con foto.

Reembolso de fondos: Talleres, Campos y Cuidado de Niños del Programa CREST (alumnos de 4to y 5to grado) - Sólo se darán reembolsos con una documentación médica. Los reembolsos serán cuotizados. Es aplicable una cuota de cancelación de \$15.00. Esto se debe solicitar por escrito al supervisor del programa en persona o por fax, por correo, o por correo electrónico.

Clases: Reembolsos serán proveidos solo si son pedidos dentro de un día despues de la primera clase. Se cobrara \$15 para procesar su reembolso. Pedidos tendran que ser recibidos por escrito al supervisor del programa, en persona, por fax, correo electronico o correo postal.

SECCIÓN B: Permiso de Autorización

Por favor indica los nombres de personas adultas autorizadas a recoger a su hijo/a en el caso que usted no pueda ser contactado o caso de emergencia.

Nombre	Relación	Numero de Telefono
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Mi hijo/a se puede firmar la entrada o salida al final del dia programado (Mi hijo/a tiene por lo menos 12 años). SI NO

SECCIÓN C: Forma de Pago

Cheque (haga cheque separado para cada actividad, haga el cheque a nombre *City of Santa Monica*.)

Giro postal

Ayuda financiera juvenil (adjunte carta de aprobación) Llame al 458-8540.

Tarjeta de crédito (marque una con círculo) MasterCard Visa Discover

Fecha de expiración: _____
Mes _____ / Año _____

Firma del tenedor _____

Envíe la solicitud de registración a:

City of Santa Monica
Attn: Registration
1133 7th Street
Santa Monica, CA 90403



Envíe la solicitud por fax (con la información de su tarjeta de crédito) al: (310) 451-3569

RENUNCIA, CESIÓN Y TOMA DE RESPONSABILIDAD En consideración a la participación del solicitante en la actividad arribamencionada, yo renuncio a y descargo todo reclamo por daños que resulten a causa de muerte, daño corporal, o daños a la propiedad que puedan ocurrir como resultado de haber participado en tal actividad. Esto desobliga por anticipado a la Ciudad de Santa Mónica, a sus empleados y otros agentes, de cualquier responsabilidad aunque esa responsabilidad resulte por negligencia de ellos. Yo sé que esa actividad involucra un riesgo de accidentes, y yo estoy dispuesto a asumir el riesgo. Esta renuncia, cesión y toma de responsabilidad es obligatoria e incluye a mis herederos y cesionarios. Doy permiso para que se dé cualquier cuidado médico que los líderes del equipo arribamencionado determinen sea necesario.

PERMISO PARA FOTOGRAFIAR Por la presente doy permiso a que se tomen/hagan fotografías, grabaciones o reproducciones de cualquier otro tipo (inclusive el uso de grabación por video o audio) de la imagen, voz y/o las actividades del participante y además autorizo a la Ciudad de Santa Mónica, sus agentes o cesionarios, a que usen sin límite tales reproducciones, inclusive, pero no limitado a la emisión al público de tales reproducciones por las estaciones de radio y televisión. Entiendo que no recibiré ninguna compensación monetaria ahora, o en el futuro por haber participado. Por la presente renuncio y dejo a salvo a la Ciudad de Santa Mónica, a sus oficiales y empleados, de cualquier reclamo.

Marque la caja apropiada, firme, escriba la fecha y su nombre con letra de molde abajo: Padre/Madre Tutor legal

Firma _____ Fecha _____

Escriba su nombre con letra de molde _____



Forma de la ciudad de Santa Monica de autorización de cobro automático

Oficina de Jóvenes del Parque Reed

1133 7th Street

Santa Monica, CA 90403

Teléfono: (310) 458-8540

Fax: (310) 451-3569

Nombre de Estudiante: _____ Escuela: _____

Nombre del Programa: _____ Cantidad Autorizada: _____

Mensual

Semanal

Por Día

Información de Tarjeta de Crédito Primaria

Nombre exacto como aparece en la tarjeta de crédito:

Domicilio:

Ciudad, Estado Código Postal:

Numero de Tarjeta de Crédito (Visa, MasterCard or Discover):

Fecha de expiración (mes/año):

Firma de la persona a cargo de la tarjeta:

Fecha de hoy:

Información de Tarjeta de Crédito Secundaria

Nombre exacto como aparece en la tarjeta de crédito:

Domicilio:

Ciudad, Estado Código Postal:

Numero de Tarjeta de Crédito (Visa, MasterCard o Discover):

Fecha de expiración (mes/año):

Firma de la persona a cargo de la tarjeta:

Fecha de hoy:

Yo les autorizo a facturar todas las cargas del programa que están nombrados a las tarjetas de crédito nombradas arriba. Comprendo que esta autorización es valida hasta que le de una cancelación por escrito 30 días con anticipación.

Firma de la persona a cargo de las tarjetas: _____



Bienvenidos a el cuidado de niños CREST Otoño 2010

Estimado Padre:

Estamos interesados en aprender más sobre los intereses de sus hijos. Su apoyo es importante para que nosotros llenemos las necesidades de sus hijos y sus familias. Por favor complete por cada estudiante en nuestro programa.

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Por favor indique si su hijo tiene una necesidad especial.

No ____ Si ____ Por favor describa brevemente las necesidades especiales: _____

Si es Sí, podemos llamarle para reunirnos? Sí No

Cual es la mejor manera de contactarle? _____

Cuales son los talentos, intereses esfuerzos de su hijo/a?

Por favor identifique cualquier actividad, juegos, pasatiempos, etc. en cuales su hijo expresa interés.

Cuales situaciones y actividades su hijo odia o evita? _____

Nuestra meta en CREST es ayudar a los estudiantes revelar habilidades sociales positivas como el ser cooperativo y ayudar a resolver problemas con amigos sin llamar nombres o pelear. Como podemos ayudar a su hijo con problemas que tenga socialmente o con su comportamiento que pueda tener en el programa de cuidado de niños de después de escuela? Para poder ayudarlo después de escuela, por favor díganos lo que usa o hace en el hogar para reducir cualquier problema que pueda suceder en respeto con problemas con su comportamiento.

Idealmente, cuales son sus actividades preferidas para su hijo después de escuela?

Marque todas las que le aplican:

Juegos y Recreación supervisados	<input type="checkbox"/>	Artes	<input type="checkbox"/>
Computadoras	<input type="checkbox"/>	Drama	<input type="checkbox"/>
Baile	<input type="checkbox"/>	Ciencia	<input type="checkbox"/>
Música	<input type="checkbox"/>	Servicio Comunitario	<input type="checkbox"/>
Enriquecimiento Académico	<input type="checkbox"/>	Deportes(Deportes Juveniles)	<input type="checkbox"/>

Por favor nombre: _____

Por favor nombre: _____

Le gustaría que nuestro personal le asista a su hijo con tarea? Sí No

SECCION C- INGRESO EN LA VIVIENDA

Por favor apunte los totales (antes de deducciones). Ponga "0" en los espacios que no son aplicables para Usted.

Ingreso del padre o Principal persona a cargo	\$ _____ por año
Ingreso del 2do Padre o 2da Persona a cargo	\$ _____ por año
Ingreso de cualquier adulto que ayude en el mantenimiento de su hijo/s incluyendo regalos continuos de la familiares	\$ _____ por año
Ingreso de pensión alimenticia	\$ _____ por año
Ingreso por pago de pensión (Padres Separados)	\$ _____ por año
Ingreso por inversiones, por compra de acciones de bolsa.	\$ _____ por año
Ingreso por otro renta de propiedades	\$ _____ por año
Ingreso por otro trabajo o negocio personal	\$ _____ por año
Ingresos por otros recursos como compensación de desempleo, otras asistencias	\$ _____ por año
Ingreso Total del Hogar:	\$ _____ por año

SECCION D- FIRMA

Al firmar abajo declaro que toda la información proporcionada en esta aplicación es exacta y verdadera.

_____ **Nombre de la persona a cargo**

_____ **Firma de la persona a cargo**

_____ **Fecha**

PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Date Received: _____ Date Approved: _____

Income Verification: 1. 1040A 2. AFDC/SSI/EDD 3. School Enrollment 4. Employment Letter 5. Other _____

Employment Status: 1.Works Full time 2.Child 5 & under 3.Full-time Student 4.EDD/SSI/Disability/AFDC 5.Seeking work

Verification of Residency: _____ Total Family Income: _____

Financial Assistance Granted:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Level 1 – 90% & 75% | <input type="checkbox"/> Denied (please circle reason below) | <input type="checkbox"/> FULL (homeless) – 100% & 75% |
| <input type="checkbox"/> Level 2 – 75% & 50% | 1. Income too high | <input type="checkbox"/> OPCC |
| <input type="checkbox"/> Level 3 – 50% & 25% | 2. Applicant doesn't meet age requirements | <input type="checkbox"/> Upward Bound House |
| <input type="checkbox"/> Level 4 – 25% & 25% | 3. Insufficient evidence of income/residency | <input type="checkbox"/> St. Joseph's Center |
| | 4. Parent(s) not working/attending school | <input type="checkbox"/> Sojourn Domestic Violence |
| | 5. Non-resident- not eligible for summer program | <input type="checkbox"/> Other _____ |
| | 6. Other _____ | |

Approved/Denied By: _____ Date: _____