



Completed on: _____

Received by: _____

Notes _____

2019-2020 Formulario de Inscripcion del Alumno

INFORMACION DEL ALUMNO

Alumno comenzo CLASP: **K 1 2 3 4 5 6**

Nombre del alumno: _____ Fec.Nac: _____

Nombre y apellido

Direccion: _____ Ciudad: _____ Zip: _____

Escuela: _____ Grado este ano: _____ Maestro: _____

Alergias (incluyendo drogas, alimentos): _____

Medicamentos: _____

Problemas o discapacidades de salud conocidos: _____

Tiene su hijo un IEP? Si No

Recibe su hijo servicios de educacion especial? Si No

Parent/Guardian-Formacion de Contacto Primario (quien debe llamar CLASP primero?)

Nombre: _____ Es esto ___ el padre o ___ el tutor

Numero Celular: _____ Telefono Fijo: _____

Direccion de correo electronico: _____

Direccion se es diferente del estudiante: _____

Parent/Guardian- Formacion de Contacto Secundario (quien debe llamar CLASP signiente?)

Nombre: _____ Es esto ___ el padre o ___ el tutor

Numero Celular: _____ Telefono Fijo: _____

Direccion de correo electronico: _____

Direccion se es diferente del estudiante: _____

Informacion de Contacto de Emergencia Adicional:

Enel caso de una emergencia, los padres arriba mencionados seran contactados primero. Si no esta disponible, pongase en contacto con:

Nombre: _____ Telefono: _____

Relacion hacia el nino: _____

Instrucciones exactas en caso de emergencias relacionadas con problems de salud o medicamentos:

Medico or asesor medico _____ Telefono: _____

TRANSPORTE: CLASP puede proporcionar un servicio de ida or ida y vuelta para los estudiantes que viven en Claremont o Pomona de algunos de nuestros sitios

- SÍ No Mi hijo(a) necesitara servicio de autobus desde la excuela hast el sitio de cierre (\$100/anos)
 SÍ No Mi hijo(a) necesitara servicio de autobus desde el sitio del corchete hasta el hogar (\$100/anos)
(No hay costo para los estudiantes que califican para Almuerzo Gratis or Almerzo Reducido y proporcionar documentacion de este.)

Direccion de casa En la direccion que se indica a continuacion (no en casa)

Numero de persona en esta direccion: _____ Relacion: _____

Dejar la direccion: _____ Ciudad: _____ Zip: _____

Numero Celular: _____ Linea Fija: _____

COMO PUEDO AYUDAR?

CLASP acepta a todos los estudiantes elegibles sin tener en cuenta la capacidad de pago. CLASP, sin embargo, pide a los padres que ayuden a compartir el costo de nuestro programa de acuerdo con sus medios, preferiblemente mensualmente. El año pasado, los padres pudieron pagar el 10% de nuestros gastos totales. Se recauda otro financiamiento de la comunidad. Ningún estudiante es rechazado por razones financieras, si hay espacio disponible.

El costo real para proporcionar ayuda con la tarea, recreación, actividades de enriquecimiento, transporte y un bocadillo saludable para un solo niño es **\$1,304 por año o \$163 por mes**. Esto cubre aproximadamente **24 horas al mes** de programas CLASP después de la escuela para su hijo.

Un niño CLASP que califique para Almuerzo Gratuito o Almuerzo Reducido puede obtener una exención de cuota. La documentación de ingresos, como se explica en el Paquete de Inscripción de Estudiantes, debe ser devuelta al personal de la oficina CLASP, para calificar para esta exención. Las organizaciones que proporcionan subvenciones a CLASP reconocen que CLASP sirve a muchos niños que de otra manera no podrían permitirse la tutoría privada, y requieren que esta documentación se recoja y se mantenga en archivo.

Las familias que no califican para una exención de cuotas o no proporcionan documentación de ingresos se les pide que contribuyan \$125 por mes por niño hacia el costo de los servicios CLASP.

Para el programa despues de la escuela, estoy de acuerdo en contribuir _____ al mes.

Pagare mi donativo con: **Cheque** **Efective**

Su pago en efective o cheque puede ser entregado directamente al Supervisor del Sitio cada mes. Se le entregara un recibo. Su pago puede enviarse por correo a: CLASP, 1111 N. Mountain Ave., Claremont, CA 91711. Puede pagar con tarjeta de credito.

Pagare mi donativo con: **Tarjeta de credito**

Autorizo que se cobren \$ _____ el primer dia de cada mes (de Septiembre a Mayo)

Numero de Tarjeta _____ Visa MasterCard

Fecha de Caducidad _____ Codigo postal de la direccion de facturacion: _____

Nombre como aparece en su tarjeta: _____

Entiendo que este cargo puede ser revocado por mi en cualquier momento.

Firma: _____ Fecha: _____

VERIFICACIÓN DE INGRESOS

CLASP recibe financiamiento especial de la Ciudad de Pomona que proviene del gobierno federal y requiere una prueba de ingresos para los estudiantes que viven en Pomona. Por favor llene este formulario y proporcione uno de los documentos requeridos que se enumeran a continuación.

SÍ No Mi hijo califica para el almuerzo gratis o el programa de almuerzo reducido. Antes de que me hijo comience el programa, proporcionare a CLASP el papeleo de CUSD que verifica esto.

SÍ No CLASP tiene mi permiso para verificar esta información con el distrito escolar.

| FUENTE DE INGRESOS | LISTA DE INGRESOS MENSUALES BRUTOS EN DÓLARES | TIPO DE DOCUMENTACIÓN |
|---|---|---|
| Salario | | Copias de los últimos 3 cheques de pago; Formulario de documentación de empleo y salario; Declaraciones de impuestos federales o estatales o formularios W-2 (no mayores de 1 año) |
| SSI / SSD - Seguridad Complementaria Ingresos | | (La información no debe ser mayor de 6 meses) Copia del cheque mensual del solicitante; Formulario SSA-2458. (Solicitud de la Oficina del Seguro Social); Copia de la carta de adjudicación del solicitante; Estado bancario que muestre los depósitos directos del monto del beneficio del solicitante |
| Pensión | | Copia del cheque de pensión más reciente del solicitante; Copia de la carta de adjudicación de pensiones que muestre beneficios mensuales; Estado de cuenta bancaria que muestre el depósito directo del cheque de adjudicación del solicitante |
| Ayuda para Familias con Niños Dependientes (AFDC) | | Carta de adjudicación que indique el monto del beneficio del solicitante; Copia del cheque más reciente del solicitante; Declaración escrita del trabajador social que indica el monto del beneficio del solicitante |
| Pensión alimenticia Manutención de los hijos | | Carta de adjudicación que indique el monto del beneficio del solicitante; Copia del cheque más reciente del solicitante; Declaración escrita del trabajador social que indica el monto del beneficio del solicitante |
| Seguro de desempleo | | Copia de la notificación de adjudicación indicando el beneficio del solicitante; Folleto de pago; Declaración jurada de desempleo firmada por el solicitante |
| Beneficios por cuenta propia | | Registros de la cuenta; La mayoría de las declaraciones de impuestos trimestrales actuales (no mayores de 6 meses) |
| Intereses de cuentas bancarias y fondos de caja | | Carta del administrador del banco en la que se declare el interés devengado; O libreta de ahorros; Declaraciones bancarias que muestren los últimos 12 meses de interés; La declaración de impuestos federal más reciente mostrando interés ganado; Estados de inversión que indiquen los importes de los dividendos |
| Ingresos de propiedades de alquiler | | Copia del recibo reciente del inquilino / alquiler recibido; O libro de recibos de alquiler; Copia del contrato de alquiler de propiedad firmado por el inquilino actual que muestre renta mensual; Copia de la declaración del impuesto sobre la renta del solicitante declarando los ingresos de alquiler ganados (no mayores de 1 año) |
| Otros Ingresos no mostrados arriba | | Adjuntar documentación para respaldar la declaración |

Nombre del estudiante matriculado: _____

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN OBLIGATORIA

Claremont After-School Programs, Inc., recibe fondos federales por medio de la ciudad de Pomona y de la ciudad de Claremont. A CLASP se le obliga a recopilar la información solicitada a continuación para satisfacer regulaciones federales. Esta información se mantendrá en confianza y se compartirá solo con nuestras fuentes de financiamiento y sin adjuntarle la identidad. *Con el fin de que su alumno sea aceptado en CLASP, debe proporcionarse toda la información solicitada a continuación:*

Etnias por categoría:

- Hispano
- No-Hispano

Categoría de raza:

- Indígena Americano o nativo de Alaska
- Negro o Afroamericano
- Blanco
- Negro o Afroamericano y blanco
- Indígena Americano o nativo de Alaska y blanco
- Indígena Americano o nativo de Alaska y negro o afroamericano
- Asiático
- Asiático y blanco
- Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
- Otro _____

Hogar monoparental femenino:

- SÍ NO

Total del ingreso mensual del hogar: \$ _____

Cantidad de miembros de la familia que viven en el hogar: _____

DERECHO A LA PRIVACIDAD

SI NO Doy permiso a CLASP para obtener los resultados de las pruebas, boletas de calificaciones y otra información del Distrito Escolar Unificado Claremont con respecto a mi hijo. Entiendo que esta información se utilizará para adaptar la programación para satisfacer mejor las necesidades de mi hijo.

SI NO CLASP puede compartir la información de progreso de mi hijo con el Distrito Escolar Unificado de Claremont para asegurar que se cumplan las necesidades de metas educativas de mi hijo.

SI NO Autorizo a los miembros de CLASP a tomar fotografías de mi hijo que sean usadas solamente en los comunicados de prensa de CLASP o en las publicaciones de CLASP.

SI NO Consiento que mi hijo participe en encuestas realizadas en nombre de CLASP. Los resultados de la encuesta se usan para mejorar el desempeño del programa CLASP para servir mejor a nuestros estudiantes.

Firma de los Padres: _____ Fecha: _____

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE CLASP

Por favor lea y hable con su niño de lo siguiente:

- Se espera que mi niño traiga a diario la tarea que se le ha asignado y su agenda al programa.
- Si mi niño no tiene tarea, el supervisor del establecimiento le dará hojas de trabajo académico.
- Mi niño le dedicará cuando menos 20 minutos al trabajo académico y 20 minutos a la lectura si termina la tarea o el trabajo académico.
- Entiendo que la asistencia es un componente crucial del éxito académico de mi niño. Mi niño será dado de baja del programa después de tres faltas injustificadas.
- Mi niño participará en el componente recreativo programado aunque no haya terminado la tarea.
- Entiendo que habrá comunicación conmigo si mi niño no está cooperando con las expectativas académicas o si se está comportando de manera inapropiada.
- Entiendo que mi niño pudiera ser suspendido o dado de baja del programa si hay un **segundo** contacto con los padres.

Su firma a continuación indica que ha leído las Políticas y procedimientos anteriores, que ha recibido el Manual de padres de CLASP y que está de acuerdo con las siguientes políticas y procedimientos en el manual:

- Acuerdo del alumno de CLASP
- Guía de disciplina del alumno de CLASP
- Reglas y regulaciones de transporte de CLASP
- Procedimiento de los padres al recoger con retraso a su niño

POLÍTICA DE ASISTENCIA DE CLASP

Se dará preferencia a aquellos estudiantes que puedan asistir CLASP a tiempo completo (tres días a la semana).

- Sí Mi hijo podrá asistir a CLASP todos los tres días de cada semana del programa.
- Sí My hijo podrá asistir a las dos horas de cada día y no sera dejado tarde o recogido temprano para otras clases particulares, practica deportiva, juegos, clases de musica, etc.
- Sí Entiendo que si mi hijo no puede asistir 3 dias a la semana durante 2 horas cada dia, el o ella no podran continuar en CLASP.

Permiso Para el Transporte

- Sí En caso de que mi hijo pierda el autobus Get About de las escuela al sitio de CLASP, mi hijo tiene permiso para ser conducido en un vehiculo privado de las escuela al sitio de CLASP por us empleado de CLASP.

Firma del padre: _____ Fecha: _____

Firma del alumno: _____ Fecha: _____

Este cuestionario tiene como propósito apoyar las mejoras al CLASP para que su niño reciba un programa de calidad. Sus respuestas no tienen impacto alguno en la entrada al programa y serán en confianza. Muchas gracias por la honradez de sus respuestas.

Nombre del niño _____ Nombre del padre _____

Por favor indique qué tanto está de acuerdo o en desacuerdo con lo siguiente al ***circular un número*** que mejor represente la actitud o comportamiento de su niño en este momento.

| Expresión | En total desacuerdo 1 | En desacuerdo 2 | Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3 | De acuerdo 4 | Totalmente de acuerdo 5 |
|--|-----------------------------|-----------------------|--|--------------------|-------------------------------|
| 1. Mi niño por lo regular termina la tarea. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Mi niño se concentra en su trabajo de clases. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. A mi niño le gusta ir a la escuela. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. A mi niño le entusiasma participar en las actividades de la escuela. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Mi niño confía en su capacidad para tener éxito. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Mi niño piensa que generalmente hace bien las cosas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Mi niño no cuca a otros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Mi niño, por su propia voluntad, ayuda a otros que lo necesitan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Mi niño se ejercita con regularidad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Mi niño saca buenas calificaciones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Mi niño termina todo el trabajo asignado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Mi niño asiste con regularidad a clases. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Mi niño se concentra en una actividad por largo rato si es necesario. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Mi niño puede volver a concentrarse en el tema rápidamente después de una distracción. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Mi niño respeta las reglas y sigue instrucciones sin necesidad de recordatorios repetitivos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Mi niño no se pelea ni discute con sus compañeros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Mi niño está sano. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |