



## Easterseals Children's Academy Contrato de Acuerdo

El cuidado es provisto de Lunes a Viernes  
El centro en Meriden está abierto desde 7:00 AM hasta 5:00 PM  
El centro en Waterbury está abierto desde 7:30 AM hasta 5:30 PM

Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_  
Precio Semanal: \_\_\_\_\_  
Código Portal: \_\_\_\_\_

Por este medio declaro mi intención de inscribir a mi hijo(a) \_\_\_\_\_ en el programa de Easterseals Children's Academy en la ciudad de \_\_\_\_\_ comenzando el \_\_\_\_\_.

Yo entiendo que: (por favor leer atentamente)

1. Hay un costo por niño(a) de \$10.00 por cada 15 minutos o fracción de un Padre\Madre llegue tarde a recoger al niño(a). Si un Padre\Madre está siempre tarde la cuota será el doble.
2. Su hijo(a) debe ser firmado(a) AL LLEGAR Y AL SALIR diariamente, en las libreta encontrada en el salón.
3. Los pagos tienen que ser hechos UNA SEMANA POR ADELANTADO. Padres\Madres pueden escoger pagar semanal, quincenal, o mensual, pero los pagos tienen que ser POR ADELANTADO. Si el balance de la matrícula tiene una semana de atraso, los padres serán contactados para recordarles que su pago de la matrícula está atrasado y las ramificaciones de no pagar. Si el pago no asido recibido al final de esa segunda semana, su hijo no se le permitirá volver al programa hasta que todos los saldos se pagan en su totalidad. Si su hijo está ausente por enfermedad, vacaciones, etc., el pago se debe en su totalidad todavía.

Centro está cerrado para los siguientes días:

Día de Año Nuevo  
Día del Presidente  
Día Memorial  
Día de la Independencia  
Día del Trabajo  
Día de Acción de Gracias (jueves Y Viernes)  
Navidad (dos días)  
Días de entrenamiento

4. Si desea retirar a su hijo del programa, una carta de retiro es necesaria. Si una carta de retiro no es presentada al programa con dos (2) semanas de anticipación, entonces usted será responsable de pagar por las últimas dos semanas.
5. Si su hijo(a) está ausente por una semana y no hemos recibido ninguna llamada del Padre \ Madre indicando la razón de la ausencia, la inscripción del niño(a) se cancelará en forma automática.
6. Usted debe proveer una pequeña cobija, un conjunto de ropa extra para el niño(a). Todos los artículos deben estar claramente marcados con el nombre del su niño(a). Si no tienen el nombre de su niño(a), nos reservamos el derecho de marcar el nombre del niño sobre artículos
7. El niño(a) debe asistir 5 días a la semana, por lo menos 6 horas por día para seguir siendo elegibles para el Programa de Preparación Escolar

Yo he leído el manual de Easterseals Children's Academy, y me comprometo a cumplir con las normas del centro como se indica en el reglamento del centro, el cual yo he recibido.

Firma del Padre o Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Easterseals Children's Academy  
22 Tompkins Street • Waterbury, CT 06708 • 203.757.7012  
128 Avenue of Industry • Waterbury, CT 06508 • 203.591.1814  
125 Broad Street • Meriden, CT 06450 • 203.686.1438



NOMBRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_ FECHA DE INICIO: \_\_\_\_\_ HORAS Y DIAS: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ M:  F:

SEGURO MEDICO: Husky #: \_\_\_\_\_ Seguro Privado \_\_\_\_\_ Medicaid #: \_\_\_\_\_

RAZA: Blanco  Afro Americano  Hispano  Asiático  Otro

Padres del Niño son: Casado  Separado  Divorciado  Soltero  Viudo

NOMBRE DE LA MADRE/GUARDIAN: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_, CT CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

NUMERO TELEFONICO HOGAR: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TRABAJO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

OCUPACION: \_\_\_\_\_ SEGURO MEDICO: \_\_\_\_\_

DIRECCION DE SU TRABAJO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE/GUARDIAN: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_, CT CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

NUMERO TELEFONICO HOGAR: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TRABAJO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

OCUPACION: \_\_\_\_\_ SEGURO MEDICO: \_\_\_\_\_

DIRECCION DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

¿El niño vive con su / ella padre (s)? Si  Si es así, con quien: Ambos  Madre  Padre

No  Si no, con quien: \_\_\_\_\_

Nombres y Fechas de Nacimiento de hermanos y hermanas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lista de otras personas que ahora estén viviendo en el hogar con el niño(a) y cuál es la relación con el niño(a)

APROBADO POR EN LA LEY FEDERAL, LA PRESENTE SOLICITO QUE EASTERSEALS CENTRO DE REHABILITACIÓN DE GREATER WATERBURY, INC HACER UNA DETERMINACIÓN POR ESCRITO DE MI ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA LA PREPARACIÓN ESCOLAR. YO ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN QUE ENVÍO CON RESPECTO A MI INGRESOS Y TAMAÑO DE LA FAMILIA ESTÁ SUJETA A VERIFICACIÓN ANTES DE EASTERSEALS CENTRO DE REHABILITACIÓN DE GREATER WATERBURY, INC.

Easterseals Children's Academy  
22 Tompkins Street • Waterbury, CT 06708 • 203.757.7012  
128 Avenue of Industry • Waterbury, CT 06508 • 203.591.1814  
125 Broad Street • Meriden, CT 06450 • 203.686.1438



TAMAÑO DE FAMILIA: TOTAL\_\_\_\_ PADRES\_\_\_\_ NIÑAS\_\_\_\_ NIÑOS\_\_\_\_ OTRO DEPENDIENTES\_\_\_\_

INGRESO: SUELDOS, SALARIOS, PROPINAS, INCLUYENDO COMISIONES, LAS HORAS EXTRAS, Y BONOS

MADRE/GUARDIAN: SEMANAL \$\_\_\_\_\_ O MENSUAL \$\_\_\_\_\_

PADRE/GUARDIAN: SEMANAL \$\_\_\_\_\_ O MENSUAL \$\_\_\_\_\_

OTRO INGRESO: Incluye, pero no limitado a: las pensiones, rentas, intereses dividendos (más de \$ 10.00 al mes), los ingresos por alquiler, los ingresos procedentes de inquilinos, sucesión o fideicomiso de ingresos, regalías, la seguridad social o ingreso suplementario de seguridad, veteranos beneficios, compensación por desempleo, los trabajadores indemnización, pensión alimenticia, pagos de cuidado temporal, regalos en efectivo de amigos y familiares, premios de lotería y asistencia en efectivo de los gobiernos federal, estatal y los programas de asistencia financiados por los municipios.

MADRE/GUARDIAN: SEMANAL \$\_\_\_\_\_ O MENSUAL \$\_\_\_\_\_

PADRE/GUARDIAN: SEMANAL \$\_\_\_\_\_ O MENSUAL \$\_\_\_\_\_

PRUEBA DE INGRESO ES REQUERIDA

Se necesita una copia de su declaración de impuestos más reciente y / o 3 talones de cheques para la determinación de la cuota familiar

SALUD:

Doctor de su hijo(a):\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dentista del Niño(a): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Su hijo(a) tiene: Asma Severa  Diabetes Alergias Convulsiones

¿La madre tuvo algunas complicaciones durante el embarazo? Si  No  Si es así, por favor describa \_\_\_\_\_

¿Cuál fue el peso del niño al nacer? \_\_\_\_\_

¿Hubo algunas complicaciones al nacer? Si  No Si es así, por favor describa \_\_\_\_\_

Crees que su hijo(a) comenzó a:

Caminar a tiempo? Si  No Si no, explique \_\_\_\_\_

Hablar a tiempo? Si  No Si no, explique \_\_\_\_\_

Su hijo(a) ha sido hospitalizado? Sí  No

A causa de: \_\_\_\_\_

Este niño(a) ha sufrido de alguna enfermedad o lesión grave? Sí  No



Si es así, por favor describa \_\_\_\_\_

Este niño(a) ha sufrido de alguna alergias? Sí  No

Si es así, por favor describa \_\_\_\_\_

Síntomas o reacciones? \_\_\_\_\_

Este niño está tomando algunos medicamentos? Sí  No

Si es así, por favor describa \_\_\_\_\_

Por favor describa cualquier otro problema de salud que este niño tenga para informar al personal.

Está embarazada actualmente? Si  No  Fecha de espera: \_\_\_\_\_

Está recibiendo servicios prenatales? Si  No

**NUTRICION:**

Su hijo(a) come desayuno? Sí  No

Que come típicamente para desayuno? \_\_\_\_\_

Su hijo(a) come almuerzo? Sí  No

Que come típicamente para almuerzo? \_\_\_\_\_

Come su hijo(a) cena? Sí  No

Que come típicamente para la cena? \_\_\_\_\_

Tiene alguna preocupación de la dieta de su hijo(a)? Sí  No

Si es así, por favor describa \_\_\_\_\_

Su hijo(a) está entrenado a ir al baño? Si  Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

No  Niño(a) usa: Pañales  Pañales de entrenamiento  Todo el día  Solo mientras duerme

Su hijo(a) toma una siesta? Si  No  Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Su hijo(a) está en otro programa en este momento? Si es así, En cuál? \_\_\_\_\_

Su hijo(a) a atendido otro preescolar? Sí  No

Si es así, por favor indique el nombre del programa \_\_\_\_\_ Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Su hijo(a) tiene compañeros de su propia edad? Sí  No



Qué clase de juegos le gusta a su hijo(a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Qué clase de disciplina usa usted en su hogar? \_\_\_\_\_

Como responde su hijo(a)? \_\_\_\_\_

Tiene alguna preocupación especial sobre su hijo(a)? Sí  No

Si es así, Cuales son? \_\_\_\_\_

Su hijo(a) tiene algún patrón de comportamiento que le gustaría trae a nuestra atención? Sí  No

Si es así, por favor describa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Su hijo(a) ha recibido un PPT? Sí  No

Su hijo(a) ha recibido un IEP? Sí  No

Su hijo(a) tiene algunas necesidades o preocupaciones que han sido identificadas? Sí  No

Si es así, por favor describa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Siente como si usted tiene suficiente tiempo en su agenda para llevar a cabo actividades? Sí  No

Usted le lee a su hijo(a)? Sí  No

Su hijos(a) te ven leyendo? Sí  No

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Easterseals Children's Academy Forma de Liberación

La siguiente es una lista de las personas autorizadas para retirar mi hijo(a) \_\_\_\_\_, del programa. (Las personas en la lista deben ser mayores de 18 años de edad.)

**\*\*Tenga en cuenta: Cuando un Padre\Madre no está autorizado para recoger al niño(a), estos papeles (orden de restricción, papeles de custodia, etc.) deben estar archivados en el centro. Padres tiene que añadirse a la lista\*\***

Nombre	Relación al Niño(a)	# De Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Por favor asegúrese de que los nombres y apellidos en la lista anterior coincidan con los nombres de identificación en la foto de la persona.

En caso de alguna emergencia o cualquier otra circunstancia que su hijo(a) va a ser recogido por alguien que no se encuentre en la lista, esa persona necesitara una nota del padre\madre y una verificación de esta nota por teléfono a un personal de Easterseals Children's Academy.



## EXAMENES DE LA VISION Y AUDICION

Los primeros cinco años de vida son muy importantes para su hijo porque esta vez sienta las bases para el éxito en la escuela y la vida posterior. Es importante asegurarse de que la salud y el desarrollo de cada niño están llevando a cabo sin problemas o preocupaciones. Exámenes de visión y audición se proporcionan para evaluar la respuesta adecuada para su edad.

Estas pruebas de detección simples ayudan a detectar posibles preocupaciones con respecto a cómo un niño ve y oye el mundo alrededor de él / ella. La identificación temprana de dificultades de visión y audición puede hacer una gran diferencia en los niños. La detección temprana y la identificación conducir a un diagnóstico y tratamiento tempranos. El tratamiento más temprano comienza, mejores serán las perspectivas son para el niño.

Usted recibirá por escrito los resultados de los exámenes al finalizar.

---

### PREMISO DE EXAMEN PARA LA VISION Y AUDICION

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_Si \_\_\_\_No Alguna vez su hijo(a) ha tenido tubos de ventilación en sus oídos por un médico?

\_\_\_\_Si, por favor examine la VISION y AUDICION de mi hijo(a)

\_\_\_\_ por favor examine solamente la VISION de mi hijo(a), él/ella ha tenido un examen profesional de audición.

\_\_\_\_ por favor examine solamente la AUDICION de mi hijo(a), él/ella ha tenido un examen profesional de la visión

\_\_\_\_No, POR FAVOR NO EXAMINE LA VISION O AUDICION DE MI HIJO(A).

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Firma de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Easterseals Children's Academy Forma de Permiso

NOMBRE DEL NIÑO(A): \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

### TRANSPORTE DE EMERGENCIAS:

Yo \_\_\_\_\_ el padre/guardián otorgo permiso a Easterseals Children's Academy para que transporte a mi hijo(a) en ambulancia al hospital para recibir tratamiento para el cuidado de emergencia.

Mi Hospital preferido es: \_\_\_\_\_

Iniciales del Padre\Tutor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIAS:

Yo \_\_\_\_\_ el padre/guardián doy mi permiso a los empleados de Easterseals Children's Academy para dar tratamiento médico de emergencias a mi hijo(a) de ser necesario.

Iniciales del Padre\Tutor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### ACTIVIDADES ESPECIALES:

Yo \_\_\_\_\_ Doy permiso para que mi hijo(a) asista a excursiones organizadas por Easterseals Children's Academy. Entiendo que estos viajes pueden incluir caminatas fuera de los premisos (por ejemplo: caminatas alrededor del edificio otras partes de otros edificios que no estén necesariamente en la licencia).

Iniciales del Padre\Tutor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### PUBLICACION DE FOTOS:

Yo doy permiso para que el personal de Easterseals Children's Academy tome fotos de mi hijo(a) para uso del centro.

Iniciales del Padre\Tutor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma Completa del Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_





## Formulario de liberación publicitaria

Yo, \_\_\_\_\_ concedo el permiso a Easterseals, sus divisiones y designados para utilizar fotos de \_\_\_\_\_ para fines de publicidad / comercialización / actividades educativas asociadas con Easterseals.

Acepto que esta autorización será válida por el período de tiempo que se verifica a continuación:

- Un Año
- Dos Años
- Tres Años
- Otros

Fecha de Comienzo: \_\_\_\_\_ Fecha de Final: \_\_\_\_\_

Nombre

Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal

Teléfono

Correo Electrónico

Firma del Individuo, o guardian si es menor de 18 años

Relación al Individuo

Fecha: \_\_\_\_\_