

¡Por fin! Un programa extraescolar que es seguro, divertido y accesible.



Georgia After School Program **SEGURO**

**¡UBICADO
EN LA
MISMA
ESCUELA!**

- Cuidado de niños con licencia estatal
- Chequeamos satisfactoriamente los antecedentes penales de todo nuestro personal
- Todo el personal certificado en RCP/Primeros Auxilios
- Sin necesidad de ir en una van a la guardería

DIVERTIDO

- Ayuda con la tarea (porque estresarse por eso después de un largo día en el trabajo NO es divertido)
- Deportes organizados
- Merienda saludable y deliciosa
- Actividades diarias que estimulan el aprendizaje: STEM, Arte, Lectura, Música, Juegos y mucho más

ACCESIBLE

- Solo \$ 75 / semana (facturado mensualmente)

Nota: Hasta nuevo aviso, GASP! está usando un subsidio estatal para reducir su matrícula en \$10/semana.



Es la Manera Genial de Terminar tu Día Escolar...

Registrarse es Fácil...

Registro

- Complete Planilla de Registro insertada en esta aplicación.
 - Asegúrate de que toda la información esté completa (direcciones y teléfonos, firmas, etc.)
 - Escanear y enviar los formularios a través de un correo electrónico a Enroll@GASP-ga.com
- ¿Preguntas? Llama o envía un mensaje de texto a 404-358-6772 o 770-318-7848



Próximos pasos

- Recibirá un correo electrónico de confirmación de nuestra parte.
- Procesaremos la tarifa de registro inmediatamente.
- Poco antes de su fecha de inicio, recibirá un folleto de orientación por correo electrónico.
- Los pagos de matrícula se procesan el primer y tercer viernes de cada mes según su Acuerdo Parental.
- La matrícula no es prorrateada por ausencias de cualquier duración o tipo.
- Únete al GASP! comunidad en Facebook para ver muchas fotos de tus hijos en acción
www.facebook.com/GaAfterSchool



Es la Manera Genial de Terminar tu Día Escolar...

Tasas de Matrícula e Información General

- **Horas** Desde la salida de la escuela hasta las 6:30 pm todos los días que la escuela está en sesión.
- **Tarifa** Inscripción: \$120/niño (a pagar al momento de la inscripción) Cuota de suministros: \$55/niño (vence el primer viernes de enero)

MENSUAL

DOS VECES AL MES (3er Viernes del mes)

Tarifas

(1er Viernes del mes)

Pago Automático

Debito/Credito

Pago Automático

Debito/Credito

5 días (L-V)

\$322.50

\$365.50

\$166.75

\$182.75

3 Días (L-M-V)

\$279.50

\$322.50

\$144.75

\$166.25

2 Día (M-J)

\$236.50

\$279.50

\$123.25

\$144.75

Pago

El pago vence cada mes para el próximo mes

La matrícula completa se debe pagar cada mes, independientemente de la asistencia.

Todos los pagos son electrónicos. No se aceptan efectivo, cheques ni giros postales.

Los pagos devueltos incurrirán en una tarifa de pago de devolución de \$35.

Después de tres pagos devueltos, su estudiante será dado de baja permanentemente.

Feriatos

GASP! sigue el horario del distrito escolar y está cerrado los días que el distrito no opera. Esto incluye cierres por inclemencias del tiempo. Si hay retrasos en la apertura, GASP! operará regularmente después de la escuela. Si el distrito cierra temprano, GASP! no funcionará.

Los pagos no serán prorrateados por planes o cierres inesperados de hasta dos semanas. Para cierres de más de dos semanas, consulte el Manual para padres.

General

Los estudiantes deben ser recogidos a las 6:30 pm. Se cobrarán \$2/niño/minuto.

GASP! no se hace responsable de los artículos personales, incluidos los electrónicos

GASP! es una zona libre de pantallas

Los padres pueden acceder a nuestro programa en cualquier momento en que su hijo esté presente.

Seguridad y Salud

Los estudiantes con enfermedades o enfermedades transmisibles no pueden asistir a GASP!

Los estudiantes con fiebre de 101 o más serán enviados a casa y podrán regresar cuando hayan estado sin fiebre sin medicamentos durante 24 horas.

El personal de GASP! no dispensa medicamentos

Se pueden implementar políticas de salud más estrictas según las pautas de los CDC
El transporte de rutina, incluidas las excursiones, no se proporcionará en este programa.

ACUERDO DE PADRES CON PROGRAMA
DE CUIDADO DE NIÑOS

ACUERDO DE MATRICULA:

Consulte la hoja de tarifas para escribir la tarifa de matrícula adecuada a continuación:

_____ Yo acuerdo pagar el monto total de la matrícula por \$ _____ en el primer Viernes de cada mes para el proximo mes.

_____ Yo acuerdo pagar el monto de la matrícula en un arreglo de dos partes por \$ _____ en el primer y tercer Viernes de cada mes,

Por favor coloque su inicial a lo siguiente:

_____ Entiendo que la matrícula no es prorrateada por ausencias de cualquier duración por cualquier causa.

_____ Entiendo que la tarifa de registro se procesará al recibir la solicitud de inscripción y que la tarifa de suministro vence en enero de 2022.

INFORMACION DE SALUD.

Para mantener nuestros niños saludables, GASP! Se adhiere a las siguientes políticas:

1. Se requerirá una nota del médico para regresar si se sospecha o es transmisible una enfermedad
2. Los niños con fiebre de 101° o más serán enviados a casa y podrán regresar cuando hayan estado sin fiebre sin medicamentos durante 24 horas.
3. GASP! no dispensará medicamentos personal.
4. Cada niño debe proporcionar un formulario de registro de vacunación 3231.
5. GASP! se compromete a mantenerlo informado de cualquier incidente, enfermedad, lesión que afecte a su hijo.
6. En caso de una emergencia médica, GASP! usa el Centro Médico Gwinnett, 3620 Howell Ferry Rd., Duluth, GA 30096.
7. Se pueden implementar políticas de salud más estrictas en cualquier momento según las pautas de los CDC para los programas de cuidado infantil.

DIAS FESTIVOS:

GASP! opera durante cada día que opera el distrito escolar del condado. Nuestros cierres son acordes con el distrito.

PICK UP

Children must be picked up no later than 6:30 p.m. by a person with written authorization. Late fee is \$2 per child per minute after 6:30 pm.

GENERAL

Aunque solicitamos cooperación para no interrumpir nuestro programa, los padres pueden acceder en cualquier momento que su hijo esté presente.

AUTORIZACION FOTOGRAFICA

Los niños en el programa pueden ser fotografiados para representar las actividades y el entorno del programa. Las fotografías también se pueden publicar en los sitios web del programa o en las cuentas de las redes sociales. Doy mi permiso para que mis hijos sean fotografiados o grabados en video mientras asisten al programa

RETIRO

Entiendo que debo dar un aviso por escrito de dos semanas a la gerencia antes del retiro de mi(s) hijo(s). La matrícula continúa vencida y pagadera durante este período.

Acepto cumplir con las políticas descritas anteriormente y en el GASP. Manual de Familia.

Firma de Padre/Guardian

Fecha:

Firma por parte de GASP!

Sharon Foster



Georgia After School Program
 APLICACION DE REGISTRO

Escuela Primaria: _____

Programa : ____ 5 Dias (L-V) ____ 3 Dias (L/M/V) ____ 2 Dias (M/J)

| PADRES/GUARDIAN | | |
|---|--------------------|---------------------|
| Nombre _____ | | |
| Direccion _____ | | |
| Ciudad _____ | Estado _____ | Codigo Postal _____ |
| Cell: () _____ | Trabajo: () _____ | |
| Correo Electronico: _____ | | |
| Lugar de Trabajo: _____ | | |
| Direccion de empleo: _____ | | |
| Ultimos 4 SSN _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Nino(s) viven en la direccion enlistada arriba | | |

| PADRES/GUARDIAN | | |
|----------------------------|--------------------|---------------------|
| Nombre _____ | | |
| Direccion _____ | | |
| Ciudad _____ | Estado _____ | Codigo Postal _____ |
| Cell: () _____ | Trabajo: () _____ | |
| Correo Electronico: _____ | | |
| Lugar de Trabajo: _____ | | |
| Direccion de empleo: _____ | | |
| Ultimos 4 SSN _____ | | |

NINO(s)

| Nombre Completo | Nombre preferencial | Edad | Fecha de Nac. | Sex | Grado/Maestra |
|-----------------|---------------------|-------|---------------|-------|---------------|
| 1. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Guardian legal del nino(s) () Ambos padres () Mama () Papa () Otro
 Arreglos de Vivienda del nino(s) () Ambos padres () Mama () Papa () Otro

Doctor o clinica primaria del nino(s) : _____ Phone: _____

Alergias, condicion medica especial o medicacion prescrita? (Escriba nombre del nino(s) y explique) _____

CONTACTO DE EMERGENCIA Y AUTORIZACION PARA RECOGER

Además de lo anterior, las siguientes personas pueden ser contactadas en caso de una emergencia y tener autorización para dejar/recoger a los niños.

| Nombre | Direccion | Telefono (Cell) | (Empleo) | Relacion con el nino | Relacion con el Padre |
|----------|-----------|-----------------|----------|----------------------|-----------------------|
| 1. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 4. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

En caso de una emergencia que involucre a mi(s) hijo(s), y si no se me puede localizar, por la presente autorizo cualquier atención médica necesaria. Entiendo que GASP! no proporciona seguro de accidentes y acepto ser completamente responsable de todos los gastos médicos incurridos durante el tratamiento de mis hijos. Indemnizaré, liberraré, mantendré indemne y defenderé a GASP! y las Escuelas Públicas del Condado de Gwinnett de toda responsabilidad.

Firma: _____ Fecha: _____

Doy mi penniso a GASP! Para transporter a mi hijo solo en caso de em ergencia.

Firma: _____ Fecha: _____



Automated Payment Processing Safe – Convenient – Easy

We are excited to offer the safety, convenience and ease of Tuition Express®—a payment processing system that allows secure, on-time tuition and fee payments to be made from either your bank account or credit card.

ELECTRONIC FUNDS TRANSFER AUTHORIZATION FOR **BANK ACCOUNT** and **CREDIT CARD**

I (we) hereby authorize (business name) _____ to initiate credit card charges to the below-referenced credit card account (**Section A**) OR, initiate debit entries to my (our) checking or savings account, indicated below (**Section B**). To properly affect the cancellation of this agreement, I (we) are required to give 10 days written notice. Credit union members: please contact your credit union to verify account and routing numbers for automatic payments. Check with the center for accepted credit card types.

COMPLETE ONE SECTION ONLY

SECTION A (Credit Card)

| | |
|----------------------|---------------------|
| Cardholder Name | Phone # |
| Cardholder Address | City State Zip |
| Account Number | Expiration Date CVV |
| Cardholder Signature | Date |

SECTION B (Bank Account)

| | | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----|
| Your Name | Phone # | | | |
| Address | City State Zip | | | |
| Bank or Credit Union Name | Bank or Credit Union Address | City | State | Zip |
| Routing Transit Number (see sample below) | Account Number (see sample below) | <input type="checkbox"/> Checking | <input type="checkbox"/> Savings | |
| Authorized Signature | Date | | | |

For Official Use Only

| |
|--------------------|
| Date Received |
| |
| Employee Signature |
| |

