



# Rafael Hernández After School Program (HASP) Application 2017-2018

Student Name:		Desired Program Start Date:	
Gender:	Date Of Birth:	Grade:	Primary Language:
Parent/Guardian's Name:		Tel #:	
Address:	Zip Code:	Email:	
Parent/Guardian's Name:		Tel #:	
Address:	Zip Code:	Email:	

Are current physical & immunization with the application? Yes\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ (if no, please make sure to include them)

**Please list any special needs, limitations, or allergies (please list abbreviated version here). Please make sure to send medicine in with your student to keep at HASP. WE DO NOT HAVE ACCESS TO THE SCHOOL DAY MEDICINE.**

---

### Registration information

Please circle the days that applies to your student (s):

Student Name	Please circle your Child's Days (min of 3/week)				
	M	T	W	TH	F
	M	T	W	TH	F
	M	T	W	TH	F

Payment is due by the 7<sup>th</sup> of every month. Due to the uncertainty of the month of June, payment may be adjustable. Payments are made out to Friends of the Hernández and can be check, money order or cash. If you send the payment and decided not to use it, the money is not reimbursable. Additionally, if you choose to withdrawal your child before the end of the year from HASP, you must give Anita/Sara 1 months' notice.

### Departure Arrangements

Please remember that any child picked up late will pay **\$1.00 extra** for each minute for **each participant** after 6:30 p.m. **If your child is not picked up by 6:45 p.m.** they will be dropped off at the Green and Washington Street Police Station in Jamaica Plain. **K1-1 students would need to be picked up by 6pm.**

- \_\_\_\_\_ Student is authorized to walk home from the HASP.
- \_\_\_\_\_ Student is authorized to take the MBTA.
- \_\_\_\_\_ Student will be picked up by parent/guardian.

### Persons authorized to pick up member

Please list all persons authorize to pick up your child. Remember that NO child will be released to a person who's not listed below. Pick up person must show ID upon pick up.

1. _____	_____	_____
Name	Relation to student	Home Phone
2. _____	_____	_____
Name	Relation to student	Home Phone
3. _____	_____	_____
Name	Relation to student	Home Phone

### First Aid and Emergency Transportation/ Care Consent

I hereby give permission for the HASP to administer emergency first aid to my child \_\_\_\_\_ and/or to transport my child to the nearest hospital/emergency care facility in case of an emergency. I understand that by signing this form I give consent for my child to receive emergency medical care if necessary and that HASP is not responsible for covering the cost of medical expenditures.

\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Signature of mother/father or guardian

Please list any allergies, special needs, limitations or chronic illness that your child may have.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name of Physician/health care facility	_____
Address	_____
Telephone	_____
Insurance Company/Policy #	_____

### Emergency Contact

1. _____	_____
Name	#
2. _____	_____
Name	#
3. _____	_____
Name	#

### Permission to use photographs/video/data

I, (parent's name or person in charge/please print) \_\_\_\_\_, give the Hernández After School Program, Partner Organizations and teachers the right, and permission to use my child's photographs/video/data for the benefit of the after school program.

**Authorization:** I understand that photograph/video of my child can be used in publications, announcements, direct mailings, electronic media or any other means of publicity. I also understand that I will not be paid for my child's participation in this project. I release the After School Program and Teachers from all liability when using my child's photograph. Additionally, I give permission to collect and use student data from the program (by HASP and Partners) in order to improve our program and access progress.

\_\_\_\_\_  
Signature of mother/father or guardian

\_\_\_\_\_  
Date

## Hernández After School Specialists Permission Form

My son/daughter is physically fit and has no limitations in participating in moderate to strenuous physical activity, therefore has my permission to participate in any of The Hernández After School Programs.

My signature releases and agrees to hold harmless The Hernández School and any of the instructors that are a part of the Hernández After School Program from any and all liability for injury or consequential damages that may be incurred by student's participation in After School.

\_\_\_\_\_  
Signature of mother/father or guardian

\_\_\_\_\_  
Date

## HASP Overall Service Agreement

- Families are liable for payment for the child's scheduled day, even if the child is absent from the program for any reason. There are no refunds or credits toward another day.
- During early release days, school vacation weeks, holidays and snow days, the program is closed.
- 1 months' notice in writing to Anita/Sara is required when decreasing the number of days or withdrawing from the program.

*In addition, the parent/guardian agrees to the following:*

- To provide the program with all the necessary forms in the application packet including a physical examination form and immunizations for your child as well as any updated medications before your child begins.
- Agree to notify the program of any changes in information in the enrollment packet, i.e. phone numbers, etc...
- To abide by the guidelines stated in the Family Handbook.
- To pick up children at the program by 6:30pm, **K1-1 must be picked up by 6pm.**
- To pay \$30.00 registration fee as a new participant.
- To pay \$1.00 per minute, per child, when the child is picked up late.
- To be responsible for keeping my voucher current.

*HASP agrees to:*

- Uphold the Department of Early Education and Care State Regulations.
- Provide nutritious meals each day.
- Employ trained, well qualified staff and close program only three additional days for Professional Development
- Provide well-supervised social, educational, and recreational activities in a safe, nurturing environment.
- Provide advance notice of field trips and obtain written permission for trips off campus.
- Keep all information about children and families in confidential file.

I understand it is my responsibility to read the HASP Family Handbook (to be given out in September 2017 and available online at the Hernández website) and have reviewed these highlighted policies above and agree to the conditions of this contract. I understand that FOH reserves the right to amend this agreement upon written notification.

\_\_\_\_\_  
or guardian

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of mother/father



# Rafael Hernández Programa Después de la Escuela Solicitud 2017-2018

Nombre del estudiante:		Fecha de inicio deseado:	
Género:	Fecha de nacimiento:	Grado:	Idioma primario:
Nombre: Padre/Madre o Guardián:		Tel. #:	
Dirección:	Código Postal:	correo electrónico::	
Nombre: Padre/Madre o Guardián:		Tel. #:	
Dirección:	Código Postal:	correo electrónico:	

Copia de las inmunizaciones (físico)? Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ (si no, por favor asegúrese de incluirlos)

Haga una lista de algunas necesidades especiales, limitaciones o alergias (favor de escribirlas aquí) **Por favor asegúrese de enviar la medicina de su hijo/a al programa. NO TENEMOS ACCESO A LAS MEDICINAS QUE SON DURANTE EL DIA**

## Información de registro

Favor de circular los días en que desea para su hijo/a(s):

Nombre del estudiante	Favor de circular los días para su hijo/a (mínimo de 3/semana)				
	L	M	M	J	V
	L	M	M	J	V
	L	M	M	J	V
	L	M	M	J	V

El pago son para los días 7 de cada mes. Debido a la incertidumbre del mes de junio, el pago es ajustable. Los pagos se hacen a nombre de “Friends of the Hernández School” y pueden ser cheque, giro postal o efectivo. **Si envían el pago del mes para asegurar un asiento y si deciden retirar la solicitud el dinero no será devuelto.** Si usted decide retirar a su hijo/a del programa antes de que se acabe el año escolar necesita notificarlo un mes antes a Anita o Sara.

## Arreglos para la salida

Por favor recuerde que cualquier niño/a **recogido tarde** después de las 6:30 pagará **\$1.00 adicional** por minuto **por cada participante**. **Si su hijo/a no ha sido recogido para las 6:45 será llevado/a a la estación de policía** de la calle Washington en Jamaica Plain. Los estudiantes de K1-1 tendrían que ser recogidos antes de las 6pm.

\_\_\_ Estudiante está autorizado a caminar a la casa desde el programa.

\_\_\_ Estudiante está autorizado a tomar la MBTA.

\_\_\_ Estudiante será recogido por el padre o tutor.

### Personas autorizadas para recoger al participante

Por favor escriba todas las personas que están autorizadas a recoger a su hijo/a. Recuerda que **ningún participante NO será entregado** a una persona que **no** esté en la lista. Si envía a otra persona favor de mostrar una identificación.

1.	_____	_____	_____
	Nombre	relación del participante	teléfono del hogar
2.	_____	_____	_____
	Nombre	relación del participante	teléfono del hogar
3.	_____	_____	_____
	Nombre	relación del participante	teléfono del hogar

### Transporte de emergencia y primeros auxilios / cuidado del consentimiento

Yo doy permiso para que el programa pueda administrar primeros auxilios de emergencia a mi niño/a \_\_\_\_\_ o para transportar a mi hijo al centro de atención o de emergencia del hospital más cercano en caso de emergencia. Entiendo que al firmar este formulario doy consentimiento para que mi hijo / a reciba atención médica de emergencia si es necesario y que el HASP no es responsable de cubrir el costo de los gastos médicos.

\_\_\_\_\_

**Firma del padre/madre o guardián**

\_\_\_\_\_

**Fecha**

Enumere las alergias, necesidades especiales, limitaciones o enfermedades crónicas que su niño pueda tener.

\_\_\_\_\_

Nombre del médico y del centro de cuidado

\_\_\_\_\_

Dirección

\_\_\_\_\_

Teléfono

\_\_\_\_\_

Empresa/número de póliza

### Contacto de emergencia

1.	_____	_____
	Nombre	Tel. #
2.	_____	_____
	Nombre	Tel. #
3.	_____	_____
	Nombre	Tel. ##

### Permiso para usar fotografías/video/data

Yo, (de padre nombre o tutor/por favor escribir en letra de molde) \_\_\_\_\_, autorizo y doy el derecho al programa después de la escuela, los especialistas, data para el beneficio de nuestro programa y a los maestros a tomar fotografías y videos de mi hijo/a.

**Autorización:** entiendo que las fotografías/video de mi hijo/a puede ser utilizados en publicaciones, anuncios, correo directo, los medios electrónicos o cualquier otro medio de publicidad. También entiendo que no se pagará por mi participación en este proyecto. Libero al programa después de la escuela y profesores de toda responsabilidad al utilizar la fotografía de mi hijo. Además, doy permiso para recolectar y utilizar datos de los estudiantes del programa (HASP) con el fin de mejorar nuestro acceso y progreso de nuestro programa

---

Firma del padre/madre o guardián

---

Fecha

## Formulario de permiso para todos los especialistas

Mi hija/o está físicamente apto y no tiene limitaciones en participar en las actividades físicas moderadas, vigorosas y por lo tanto, tiene mi permiso para participar en todas las actividades extraescolares del Programa Después de la Escuela.

Mi firma libera y se comprometo a mantener indemne a la escuela Hernández y cualquiera de los instructores que forman parte del programa de después de la Escuela de la Hernández de toda responsabilidad por lesiones o daños consecuentes que puedan incurrir por la participación del estudiante en el programa.

---

Firma del padre/madre o guardián

---

Fecha

### HASP Acuerdo de servicios en general

- Las familias son responsables por el pago mensual del niño/a, incluso si el niño está ausente del programa por cualquier razón. No hay reembolsos o créditos para otro día.
- Durante los días de salida temprano, semanas de vacaciones escolares, vacaciones y días de nieve, el programa se cierra.
- Un aviso de un mes a Anita/Sara en escrito es necesario para disminuir el número de días o de retirada del programa.

#### *Además, los padres/tutores se comprometen a lo siguiente:*

- Para proveer el programa con todos los formularios necesarios en el paquete de admisión y una forma de examen físico y vacunas para su hijo o algún cambio en los medicamentos de su hijo/a.
- Acepta notificar al programa de cualquier cambio en la información en el paquete de inscripción, # de teléfono etc. .
- Acatar las directrices establecidas en el manual de la familia.
- Para recoger a los niños en el programa a las 6:30p.m. **K1-1 debe recogerse antes de las 6pm.**
- Para pagar \$1.00 por minuto, por cada niño, cuando el niño es recogido tarde.
  - Pagar una cuota de \$30.00 por la admisión de cada nuevo participante
- Ser responsable de mantener mi comprobante (voucher) al día .

#### *El Programa se compromete:*

- Mantener el Departamento de educación temprana y las regulaciones estatales de cuidado.
- Proporcionar meriendas nutritivas cada día.
- Emplear personal entrenado y capacitado y el programa cerrará 3 veces en el año para entrenamiento al personal.
- Proporcionar buena supervisión en las actividades sociales, educativas y recreativas en un ambiente seguro y enriquecedor.
- Dar aviso anticipado de excursiones y obtener permiso por escrito para viajes fuera del campus.
- Mantener toda la información sobre mis niños y familias en archivo confidencial.

Entiendo que es mi responsabilidad leer el manual de familia HASP (para ser dada fuera en septiembre de 2017 y disponible en línea en el sitio Web de la Hernández) y han analizado estas destacadas políticas anteriores y de acuerdo a las condiciones de este contrato. Entiendo que FOH reserva el derecho de enmendar este contrato mediante notificación por escrito.

---

Firma del padre/madre o tutor

---

Fecha