

AAMA- Early Childhood Center
Childcare Center Document Checklist

AAMA – Centro de Primaria Infantil
Lista de Verificación de Documentos del Centro de Cuidado Infantil

All Applicants: Todos los Solicitantes:

- 3 Recent Pictures/3 Fotos Recientes
- Enrollment Form/Formulario para Inscribir
- Medical Release/Información Medica
- Immunization Record/Archivo de Inmunizaciones
- Social Security Card/Tarjeta de Seguro Social
- Birth Certificate/Certificado de Nacimiento
- Proof of Address/Prueba de Domicilio
- Last 2 Paycheck Stubs/Últimos 2 talones de cheques
- Parent ID /Identificación del Padre o Madre
- Authorization for Emergency Medical Care/Autorización para Tratamiento de Atención Medica
- Emergency Form/Formulario de Emergencia
- Parents Acknowledgement/Reconocimiento de los padres
- Child Profile/Perfil del Nino/a
- Parent-Student Contract/Acuerdo de Padres-Estudiante
- Emergency Dismissal Procedures/Procedimientos para Salida de Emergencia
- Attendance Agreement/Acuerdo para Asistencia
- Information Release Form/Formulario de permiso de Comunicación
- Parent Handbook Form/Formulario de Manual para Padres
- Proof of Address/Comprobante de vivienda
- Proof of School Enrollment/Comprobante de matrícula Escolar
- Medicaid Letter/Carta de Medicaid
- Award Letter of SNAP Benefits/Carta de concesión de beneficios de SNAP
- WIC Award Letter/Carta de beneficios de WIC
- Or TANIF Award Letter/ O Carta de benéficos de TANIF

INFORMACION DE ADMISION

Propósito: Utilice este formulario para coleccionar toda la información requerida sobre un niño que se inscribe en la guardería.

Instrucciones: El proveedor del centro infantil provee este formulario al padre o tutor del niño. El padre o tutor completa el formulario en su totalidad y lo devuelve al proveedor de cuidado infantil antes del primer día de inscripción del niño/a. El proveedor de cuidado infantil obtendrá el formulario archivado en el centro de cuidado infantil.

INFORMACION GENERAL			
Nombre de la Organización: AAMA Sanchez Charter School – Early Childhood Center		Nombre de directora: KhaRaven Guevara	
Nombre completo del niño/a:		Fecha de Nacimiento:	El Nino Vive Con: <input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardian
Dirección residencial del niño/a:			
Fecha de Admisión:		Fecha de Retiro:	
Nombre de la madre/padre o tutor completando el formulario:		Dirección del padre o tutor (si es diferente a la del niño/a):	
Enumere los números de teléfono a continuación donde los padres/tutores pueden ser contactados mientras el niño/a esta bajo nuestro cuidado.			
Número de teléfono de la madre 1.	Número de teléfono del padre 2.	Número de teléfono del tutor.	Documentos de custodia. Archivados: Yes <input type="checkbox"/> No
Proporcione el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona responsable a la que hay que llamar en caso de una emergencia si no es posible localizar a los padres/tutores:			Relación:
Autorizo a la escuela de cuidado de niños para que deje a mi hijo en la operación de cuidado de niños SOLAMENTE con las siguientes personas. Indique el nombre y el número de teléfono de cada uno. Los niños solo serán entregados a un padre o tutor o a una persona designada por el padre/ tutor después de la verificación de la identificación.			
Nombre y número de teléfono:	Nombre y número de teléfono	Nombre y número de teléfono:	
Información de Consentimiento			
Marque todo lo que aplica o corresponda:			
1. TRANSPORTE Yo doy consentimiento para que mi hijo/a sea transportado y supervisado por los empleados de la escuela Infantil. <input type="checkbox"/> Atención de emergencia <input type="checkbox"/> en excursiones <input type="checkbox"/> hacia y desde casa <input type="checkbox"/> hacia y desde la escuela			
2. EXCURSIONES <input type="checkbox"/> doy mi consentimiento para que mi hijo participe en excursiones. <input type="checkbox"/> No doy mi consentimiento para que mi hijo/a participe en excursiones.			
Comentarios:			
3. ACTIVIDADES CON AGUA (acuáticas) Doy mi consentimiento para que mi hijo participe en las siguientes actividades de agua (acuáticas). <input type="checkbox"/> Juego de mesa <input type="checkbox"/> juego de aspersores <input type="checkbox"/> piscinas para chapotear <input type="checkbox"/> Piscinitas <input type="checkbox"/> parques de agua (acuáticos)			

**INFORMACION DE
CONSENTIMIENTO**

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA:

4. RECIBO DE POLISAS ESCRITAS DE NUESTRAS OPERACIONES.

Acepto haber recibido las pólizas escritas del centro infantil, incluidas aquellas para:

<input type="checkbox"/> Disciplina y ayuda (guianza)	<input type="checkbox"/> Procedimientos para dar permisos al niño/a
<input type="checkbox"/> Suspensión y expulsión	<input type="checkbox"/> Criterios de enfermedad y exclusión
<input type="checkbox"/> Planes de emergencia	<input type="checkbox"/> Procedimientos para dispensar medicamentos
<input type="checkbox"/> Procedimientos para realizar controles de salud	<input type="checkbox"/> Requisitos de vacunación para niños
<input type="checkbox"/> Descansos seguros	<input type="checkbox"/> Comidas y prácticas de servicio de alimentos
<input type="checkbox"/> Procedimientos para que los padres discutan sus preocupaciones con la directora/o.	<input type="checkbox"/> Procedimientos para visitar el Centro sin obtener aprobación previa
<input type="checkbox"/> Procedimientos para que los padres participen en las actividades operativas.	<input type="checkbox"/> Procedimientos para que los padres se comuniquen con el Departamento de licencias de cuidado infantil, el DFPS, la línea directa de abuso infantil y el sitio web del DFPS

5. COMIDAS

Entiendo que se servirán las siguientes comidas a mi hijo mientras este bajo el cuidado infantil.

Ninguno Desayuno Bocado por la mañana Almuerzo Bocado por la tarde Cena Bocado por el atardecer

6. DIAS Y HORARIOS DE LA ESCUELA INFANTIL

Normalmente, mi hijo/a estará bajo cuidado los siguientes días y horarios:

Días de la Semana	AM	PM
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

AUTORIZACION PARA ATENCION MEDICA DE EMERGENCIA

En caso de que no puedan comunicarse conmigo para hacer arreglos para la atención medica de emergencia, autorizo a la persona a cargo a llevar a mi hijo/a:

Nombre del Doctor Medico:	Dirección:	Numero Telefónico:
Nombre del centro de atención de emergencia:	Dirección:	Numero Telefónico:
Doy mi consentimiento para que la instalación asegure toda la atención medica de emergencia necesaria para mi hijo/a.		Firma-Padres o tutor legal:

SECCION DE INFORMACION ADICIONAL DEL NINO/A

Enumere cualquier necesidad especial que su hijo/a pueda tener, como alergias ambientales, intolerancias alimentarias, enfermedades existentes, enfermedades graves previas, lesiones y hospitalizaciones durante los últimos 12 meses, cualquier medicamento recetado para uso continuo a largo plazo y cualquier otra información que los cuidadores deben ser consciente de: ¿Su hijo tiene alergias alimentarias diagnosticadas? Si No Plan presentado el:

Las operaciones de cuidado infantil son lugares públicos según la Ley de Estadounidense con Discapacidades (ADA), Título III. Si cree que tal operación puede estar practicando discriminación en violación del Título III, puede llamar a la ADA Línea de información (800) 514-0301 (mensaje) o (800) 514-0383 (TTY).

Firma de Padre/Madre o tutor legal:	Fecha de firma:
-------------------------------------	-----------------

EDAD ESCOLAR DE LOS ESTUDIANTES

Mi hijo/a asiste a la siguiente escuela:

Nombre de la Escuela:	Número telefónico de la Escuela:
-----------------------	----------------------------------

Mi hijo/a tiene permiso para (aplique todo lo que corresponda):

Caminar hacia o desde la escuela o la casa viajar en autobús ser entregado al cuidado de su hermano menor de 18 años.

Lugares autorizados para recoger / dejar que no sean la dirección del niño/a:

REQUISITOS DE ADMISION

Si su hijo/a no asiste al jardín de infantes o la escuela fuera de la operación de cuidado infantil, se debe presentar uno de los siguientes cuando su hijo sea admitido en la operación de cuidado infantil o dentro de una semana de la admisión. *Marque solo una opción:*

1. **DECLARACION DEL PROFESIONAL DEL CUIDADO DE LA SALUD:** He examinado al niño/a antes mencionado dentro de el año pasado y descubra que puede participar en el programa de cuidado infantil.

Firma del profesional de la salud:	Fecha de firma:
------------------------------------	-----------------

2. Se adjunta una copia firmada y fecha de la declaración de un profesional de la salud.

3. El diagnostico y el tratamiento medico entran en conflicto con los principios y prácticas de una organización religiosa reconocida, a la que me adhiero o soy miembro. Adjunto una declaración jurada firmada y fechada que indica esto.

4. Mi hijo/a ha sido examinado durante el ultimo año por un profesional de la salud y puede participar en el programa de guardería. Dentro de los 12 meses posteriores a la admisión, obtendré una declaración firmada por un profesional de la salud y la enviare a la oficina de cuidado infantil.

Nombre y dirección del Doctor:

Firma Padre/Madre o tutor legal:	Fecha de firma:
----------------------------------	-----------------

REQUISITOS DE EXCLUSION

He añadido una declaración firmada y jurada con fecha que indica que rechazo las vacunas por motivos de conciencia, incluidas las creencias religiosas, en el formulario descrito en la Sección 161.0041 del Código de Salud y Seguridad presentado a mas tardar 90 días después de que la declaración jurada sea certificada ante un notario.

He adjuntado una declaración firmada y jurada con fecha que indica que el examen de la vista o el oído entra en conflicto con los principios o practicas de la una iglesia o denominación religiosa de la que soy adherente o miembro.

RESULTADO DEL EXAMEN DE VISION

D 20/	I 20/	<input type="checkbox"/> Paso	<input type="checkbox"/> Fallo
Firma:		Fecha de firma:	

HEARING EXAM RESULTS

Oír	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz	Paso o Fallo
Derecho				<input type="checkbox"/> Paso <input type="checkbox"/> Fallo
Izquierdo				<input type="checkbox"/> Paso <input type="checkbox"/> Fallo
Firma:			Fecha de firma:	

INFORMACION DE VACUNAS

Las siguientes vacunas requieren múltiples dosis a lo largo del tiempo. *Proporcione la fecha en que su hijo recibió cada dosis.*

Vacunas	Calendario de Vacunas	Fechas /Cuando fue Vacunado/a
Hepatitis B	Nacimiento (primera dosis) 1-2 meses (segunda dosis) 6-18 meses (tercera dosis)	
Rotavirus	2 meses (primera dosis) 4 meses (segunda dosis) 6 meses (tercera dosis)	
Difteria, Tétano, Tos Ferina	2 meses (primera dosis) 4 meses (segunda dosis) 6 meses (tercera dosis) 15-18 meses (cuarta dosis) 4-6 meses (quinta dosis)	
Haemophilus InfluenzaType B	2 meses (primera dosis) 4 meses (segunda dosis) 6 meses (tercera dosis) 12-15 meses (cuarta dosis)	

INFORMACION DE VACUNAS

Las siguientes vacunas requieren múltiples dosis a lo largo del tiempo. *Proporcione la fecha en que su hijo recibió cada dosis.*

Vacunas	Calendario de Vacunas	Fechas /Cuando fue Vacunado/a
Neumococo	2 meses (primera dosis) 4 meses (segunda dosis) 6 meses (tercera dosis) 12-15 meses (cuarta dosis)	
Polio virus Inactivado	2 meses (primera dosis) 4 meses (segunda dosis) 6-18 meses (tercera dosis) 4-6 años (cuarta dosis)	
Influenza	Anualmente, a partir de los 6 meses. Se recomiendan dos dosis administradas con al menos cuatro semanas de diferencia para los niños que reciben la vacuna por primera vez y para algunos otros niños de este grupo de edad.	
Paperas, sarampión, rubeola	12-15 meses (primera dosis) 4-6 años (segunda dosis)	
Varicela	12-15 meses (primera dosis) 4-6 años (segunda dosis)	
Hepatitis A	12-23 meses (primera dosis) La segunda dosis debe administrarse de 6 a 18 meses después de la primera dosis.	

VERIFICACION DEL MEDICO O PERSONAL DE SALUD PUBLICA

Firma o sello de un medico o personal de salud publica que verifique la información de vacunas anteriores:

Firma:

Fecha de firma:

VARICELLA (CHICKENPOX)

Varicela (chickenpox) Vacuna contra la varicela no es necesaria si su hijo/a ha tenido varicela. Si su hijo/a ha tenido varicela, complete la declaración: Mi hijo tuvo la enfermedad de varicela (chickenpox) el (fecha) o alrededor de esa fecha y no necesita la vacuna contra la varicela.

Firma de Padre/Madre o tutor:

Fecha de firma:

INFORMACION ADICIONAL SOBRE LAS VACUNAS

Para obtener información adicional sobre las vacunas, visite el sitio web del Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas en www.dshs.state.tx.us/immunize/public.shtm.

PRUEBA DE TB (SI ES NECESARIO)

Positivo

Negativo

Fecha:

**ZONA LIBRE DE
PANDILLAS**

Según el Código Penal de Texas, cualquier área dentro de los 1,000 pies de un centro de cuidado infantil es una zona libre de pandillas, donde los delitos relacionados con la actividad delictiva organizada están sujetos a penas mas severas.

**DECLARACION DE
PRIVACIDAD**

DFPS valora su privacidad. Para obtener más información, lea nuestra Póliza al <http://www.dfps.state.tx.us/policies/privacy.asp>. Negativo

FIRMAS

Firma de padre/madre o guardián del niño/a:

X

Fecha de Firma:

Designado del Centro:

X

Fecha de Firma:

Información de Emergencia

Nombre del niño/a: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Nombre de Mama/Papa o Guardian: _____

de Casa: _____

de Trabajo: _____

de Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Contactos Alternativos:

Nombre: _____

Relación: _____

Casa: _____

Celular: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Casa: _____

Celular: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Casa: _____

Celular: _____

Alergias

Alergias: _____

Otra información importante: _____

Doy permiso a AAMA Centro Infantil para realizar cualquier emergencia (es decir primeros auxilios, medidas de evacuación en caso de desastre, etc.) que se consideren necesarias para el cuidado y protección de su niño/a mientras esta bajo la supervisión del centro infantil.

En caso de una emergencia médica, entiendo que mi hijo será transportado al hospital mas cercano a u otro hospital recomendado por el personal de emergencia, por la unidad de emergencia local para recibir tratamiento si el recurso de emergencia local (policía, rescate) lo considera necesario.

Se entiende que en algunas situaciones médicas, el personal deberá comunicarse con el recurso de emergencia local antes que el padre, el médico del niño y / u otro adulto que actúe en nombre de los padres.

Firma del padre: _____

Fecha: _____

Perfil del Niño/a

Esta información es para uso confidencial de la Directora y el maestro que trabajaran con su hijo/a.

Nombre del niño/a:

Fecha de Nacimiento:

Horas de cuidado:

De:

Días de la Semana:

Dirección:

Ciudad, Estado, Código Postal:

Altura: _

Peso: _

_ Lugar de nacimiento:

Con quien vive su hijo/a)? (marque uno o ambos)

_____ Madre

_____ Padre

Nombre: _____

Nombre: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Ocupación: _____

Ocupación: _____

Número del trabajo: _____

Número del trabajo: _____

Enliste los nombres y edades de los hermanos:

Enliste los nombres y edades de los hermanos:

Firma de Padre/Madre:

Fecha:

Nombre otras personas que viven Enel hogar y la relación:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Visita el niño/a sus abuelos? Si ___ No ___

¿Como se llaman los abuelos?: _____

Historial Personal:

Tiene su hijo/a antecedentes de lo siguiente?:

¿Deterioro de la visión o infección ocular? Si ___ No ___

¿Discapacidad auditiva o discapacidad auditiva? Si ___ No ___

¿Problemas al hablar? Si ___ No ___

Necesita tu hijo/a ayuda para vestirse?

Vestirse ___ Desvestirse ___ Ninguno ___

Su hijo/a comparte habitación o esta solo/a? Si ___ No ___

¿Si comparte la habitación, con quien la comparte? _____

Estad civil de los padres (maque el espacio en blanco correspondiente):

___ Casados ___ Separados ___ Padraastro/Madrasta ___ Viven Juntos ___ Divorciados

¿Por cuánto tiempo?

Arreglos de custodia/ visitas (una explicación de estos arreglos permite al maestro comprender mejor al niño y satisfacer sus necesidades.)

Firma de Padre/Madre:

Fecha:

Experiencia de Juego de Niños

Es su hijo/a izquierdo o zurdo? _

Cuanto tiempo pasa su hijo/a en el aire libre? _____

Con que le gusta jugar a su hijo/a en casa? _____

Cuáles son los juguetes favoritos del niño/a? _____

Cuáles son los intereses especiales de su hijo/a?

Cuáles son las comidas favoritas de su hijo/a? _____

Tiene su hijo/a compañeros de juego de edad similar? _Si_ _No

Si la respuesta es no, enumere las edades de los compañeros de juego. _____

Nombra las cosas que disfrutan haciendo juntos: _

Con que frecuencia le lee a su hijo/a? _____

Hábitos

Comparta cualquier información pertinente con respecto a lo siguiente:

Hábitos de aseo personal: _____

Palabras del niño/a para ir al baño:

Rutinas para dormir/ siesta:

Hábitos de comportamiento (chuparse el dedo, rabietas, etc.)

Firma de Padre/Madre:

Fecha:

Disposición / Temperamento

Como se siente su hijo/a de sí mismo?

Que es lo que más le preocupa de su hijo/a?

¿Cuáles son las habilidades especiales de su hijo?

Enumere su (s) método (s) de disciplina den casa:

Opcional

Los datos de planificaciones programa (opcionales) recopilados en esta sección se utilizarán para planificar un programa individualizado para cada niño/a.

¿Qué idiomas se hablan en casa? _____

Describa las creencias y / o costumbres culturales que ayudaran en la planificación del programa individual de su hijo:

Otra información que crea que le ayudara a planificar el programa individual de su hijo/a.

Firma de Padre/Madre:

Fecha:

Perfil del Niño

Para atender las necesidades de su bebé de una manera más individualizada, complete este formulario y devuélvalo al centro.

Instrucciones de cuidado de niños

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Tipo de Formula (sea específico): _____

Tipos de Jugo: _____

Tipos de Dieta: Carnes de cereales

Vegetales: _____

Frutas: _____

Alergias:

Comidas: _____

Piel: _____

Otro: _____

Síntomas Producidos: _____

Cuidado de la piel: Ungüento _____ Jabón Especial: _____

Posición al dormir: ___ De espalda ___ De lado

¿Tu bebé usa goma (chupete)? ___ Si ___ No

Otra información útil (incluya el horario de alimentación, sueño, etc.)

Firma de Padre/Madre: _____

Fecha: _____

Formulario de reconocimiento de los padres

Esto es para reconocer que AAMA el Centro Infantil me ha proporcionado el Manual de Cuidado infantil y ha discutido su contenido conmigo. También he recibido una copia personal de las pólizas de operación.

Firma de Padre/Madre:

Fecha:

Como parte de una organización sin fines de lucro, AAMA Sanchez Charter School no tienen la capacidad financiera de comprar un seguro para cubrir accidentes o lesiones en el Centro de Primera Infancia.

Firma de Padre/Madre:

Fecha:

Yo, _____, reconozco que mi lugar en la guardería se le dará a otro estudiante si no cumplo con todas las reglas y regulaciones. Mi asistencia debe permanecer en un 95% en todas las clases (incluido el primer periodo).

Firma de Padre/Madre:

Fecha:

Doy consentimiento para que mi hijo sea fotografiado por el personal y por los medios de comunicación. Doy mi consentimiento para que fotografía sea desplazada en el centro de primera infancia, transmisiones de televisión y volantes o folletos.

Firma de Padre/Madre:

Fecha:

Cremas para panales, bloqueo solar y repelente de insectos. Se les pide a los padres que se les aplique crema para panales, repelente de insectos y /o protector solar a su hijo que traigan la marca de su elección en el envase original, etiquetado con el nombre del niño. Se deberá completar un formulario de autorización antes de que se pueda aplicar la pomada, el protector solar y / o el repelente de insectos.

Firma de Padre/Madre:

Fecha:

Contrato de Cuidado Infantil para Padres

Nuestro objetivo es mejorar la salud y la calidad de vida tanto para el estudiante como para el niño, donde no solo estarán seguros y amarán, sino que también aprenderán.

El propósito de que GIS tenga una guardería es brindar a los estudiantes con niños la oportunidad de asistir a clases y graduarse. Por lo tanto, todos los estudiantes que son padres o que esperan ser padres deben inscribirse en el programa de Work Force Solutions. Como saben, el espacio es limitado y solo aquellos estudiantes que estén dispuestos a seguir las políticas de cuidado infantil podrán mantener a sus hijos inscritos. Es mi mas sincero deseo que tenga éxito en completar su educación secundaria.

He leído la información anterior y acepto atender la información requerida.

Firma de Padre/Madre: _____

Fecha: _____

Estructura de Tarifas Basada en Ingresos



6001 Gulf Freeway
Houston Texas 77023
Phone: 713-929-2441
Email: childcare@aama.org
aama.org/childcare

Programa	Lunes a Viernes	Tarifas: Semanal / Mensual
Infantes 6 semanas a 23 Meses	Tiempo Completo	\$130.00
Toddlers 2 años de edad	Tiempo Completo	\$120.00
Primarios 3 años de edad	Tiempo Parcial	\$65.00
	Tiempo Completo	\$115.00
Pre-Kinder 4 años de edad	Tiempo Parcial	\$65.00
	Tiempo Completo	\$100.00

Tarifa de Registración: \$45
Estudiante /\$75Familia
Descuento en la tarifa para
hermanos: 5% para hermanos
Trabajadores
Esenciales: 10%
AAMA/Personal de
Sanchez: 20%

La tarifa sin cita es de 30 dólares diarios.

Detalles del programa de tarifas:

1. La tarifa de inscripción (no reembolsable) debe pagarse durante el proceso de admisión.
 2. La matrícula semanal se vencerá el lunes de esa semana. Se cobrará un cargo por demora de \$35 por los pagos realizados después de cierre de operaciones el martes.
 3. Si su hijo/a tiene una beca, debe mantener una tasa de asistencia del 95 % para continuar siendo parte del programa.
 4. Se requieren 2 semanas de aviso por escrito para retirar la admisión.
 5. Recoger después de las 6:30 PM a su niño/a incurrirá en un cargo de \$25.00 más.
- Pregunte sobre la matricula basado en los ingresos y las oportunidades de asistencias.

Requisitos de ingresos para el programa de matrícula de escala móvil.

Tamaño de Familia – Numero de personas en la Familia	Ingreso Mensual	
	Elegibilidad Inicial 200% FPG	Mantener la Elegibilidad 88% SMI
Dos	\$2,873	\$3,954
Tres	\$3,620	\$4,884
Cuatro	\$4,367	\$5,814
Five	\$5,113	\$6,744
Seis	\$5,860	\$7,675
Siete	\$6,607	\$7,849
Ocho	\$7,353	\$8,024
Nueve *	\$8,100*	\$8,198
Diez *	\$8,372*	\$8,372
11 *	\$8,547*	\$8,547
12 *	\$8,721*	\$8,721
13 *	\$8,896*	\$8,896
14 *	\$9,070*	\$9,070
15 *	\$9,244*	\$9,244

Los padres deberán calificar para nuestra matricula de escala móvil al cumplir con los requisitos de ingresos iniciales. Esto los cubrirá bajo nuestro programa durante un año completo. Luego tendría que Volver a presentar una solicitud y estarían bajo las calificaciones de Elegibilidad Sustentable para continuar con nuestra escala de base de ingresos.

Si mi hijo asiste al centro de AAMA Cuidado Infantil con una asistencia, una beca de noventa (90) días o una estructura de tarifas base de ingresos. Debo estar empleado durante toda la duración de mi elegibilidad. El no mantener el empleo resultara en que mi hijo sea despedido del programa. Se requiere documentación durante la duración del periodo de elegibilidad. Entiendo que tendré que volver a presentar una solicitud y se me colocara en una lista de espera.

Firma de Padre/Madre: _____

Nombre de Padre/Madre: _____

Nombre del Nino/a: _____

Fecha: _____

Estructura de Tarifas Sostenidas



6001 Gulf Freeway
Houston Texas 77023
Phone: 713-929-2441
Email: childcare@aama.org
aama.org/childcare

Programa	Lunes a Viernes	Tarifas: Semanal / Mensual
Infantil 6 semanas 23 Meses	Tiempo Completo	\$165.00
Toddlers 2 años de edad	Tiempo Completo	\$145.00
Primarios 3 años de edad	Tiempo Parcial	\$80.00
	Tiempo Completo	\$135.00
Pre-Kinder 4 años de edad	Tiempo Parcial	\$80.00
	Tiempo Completo	\$130.00

Tarifa de Registración: \$45
Estudiante /\$75Familia
Descuento en la tarifa para
hermanos: 5% para hermanos
Trabajadores
Esenciales: 10%
AAMA/Personal de
Sanchez: 20%

La tarifa sin cita es de 30 dólares diarios.

Detalles del programa de tarifas:

1. La tarifa de inscripción (no reembolsable) debe pagarse durante el proceso de admisión.
2. La matricula semanal vencerá el lunes de esa semana. Se cobrará un recargo de \$35 por los pagos realizados después del cierre de operaciones el martes.
3. Si su hijo tiene una beca, debe mantener una tasa de asistencia del 95 % para continuar siendo parte del programa.
4. Se requieren 2 de aviso por escrito para retirar la admisión.
5. Recoger después de las 6:30 PM incurrirá en un cargo de \$25 mas por levantar al niño/a tarde.

*Pregunte sobre la matricula base de ingresos y las oportunidades de subvenciones.

Póliza de asistencia al centro de niñez temprana de AAMA

Los niños que caigan por debajo del 80 por ciento de asistencia durante el año académico perderán su lugar en nuestro programa.

Firma de Padre/Madre: _____ Fecha: _____

Yo entiendo que debo recertificar mi elegibilidad para estar en la estructura de tarifas base de ingresos cada seis meses. Si no proporciono la documentación solicitada en los 3 días hábiles posteriores a mi notificación, perderé mi elegibilidad y seré responsable del costo total de la matrícula.

Firma de Padre/Madre: _____

Nombre de Padre/Madre: _____

Nombre del Estudiante: _____

Fecha: _____

Al Inscribirse en AAMA

Yo doy a la Asociación para el Avancé de los Mexicoamericanos, sus designados, agentes y cesionarios, permiso ilimitado para usar, publicar y volver a publicar en cualquier forma o medio, información sobre mi y reproducción de mi imagen (fotográfica o de otro tipo) y mi voz con o sin identificación mía por nombre.

Nombre de Estudiante: _____ Firma de Padre/Madre: _____

He leído, entendido y respetare el manual de póliza de cuidado infantil de AAMA Centro Infantil. Entiendo las secciones sobre asistencia, medicamentos y enfermedades. Entiendo que, a firmar el formulario de reconocimiento, estoy obligado por su contenido. En el caso de que o cumpla con estas políticas, entiendo que mis hijos no podrán asistir y se les pedirá que busquen otros arreglos para el cuidado de niño/a.

Firma de Padre/Madre: _____

Nombre de Padre/Madre: _____

Nombre del Nino/a: _____

Fecha: _____

Yo entiendo que debo recertificar mi elegibilidad ara estar en la estructura de tarifas base de ingresos cada seis meses. Si no proporciono la documentación solicitada en los 3 días hábiles posteriores a mi notificación, perderé mi elegibilidad y seré responsable del costo total de la matrícula.

Firma de Padre/Madre: _____

Nombre de Padre/Madre: _____

Nombre del Nino/a: _____

Fecha: _____