

Child Care

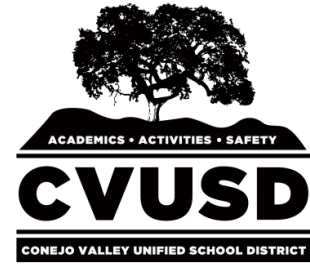
2801 Atlas Avenue
Thousand Oaks, CA 91360
Ph: 805.492.3567 Fax: 805.492.2302
cvusdccc@conejousd.org

Amie Mills

Director, Child Development

Mark W. McLaughlin, Ed.D.

Superintendent



**Cuidado de Niños/Inscripción para los nuevos inscritos
Año Escolar 2019-2020**

La sumisión de esta inscripción NO garantiza la inscripción.

Se deberá adjuntar **\$50 por niño, cuota de inscripción no reembolsable** (se acepta efectivo, cheque o Visa/MC). **A partir del 15 de abril de 2019, la tarifa de solicitud aumenta a \$75.**

Las solicitudes serán aceptadas empezando febrero 4, 2019 y serán basadas en **Primeros en Llegar/Primeros en ser Servidos** basándose en la fecha y hora recibidas en la oficina de Cuidado de Niños (localizada en el domicilio de arriba).

Inscripción / Escuela de Vecindario: _____

Nombre de su hijo/os para ser inscritos (por favor imprimir):

Nivel de Grado en **Año Escolar 2019-2020:**

_____	Género: (M / F)	_____
_____	(M / F)	_____

¿Está usted aplicando para **Selección de Escuela?**

SI NO

Si es Sí, ¿a cuál escuela/s? _____

Si es Sí, adjunte copia de la solicitud para Selección de Escuela

¿Está usted actualmente recibiendo ayuda de alguna agencia externa?

SI NO

Si es Sí, adjunte copia de la actual notificación.

¿Está usted inscribiendo a un niño que está en Educación Especial?

SI NO

Si es Sí, adjunte copia del IEP más reciente.

¿Está su estudiante con el Plan 504?

SI NO

Si es Sí, adjunte copia del Plan 504 más reciente.

¿Tiene algunas otras condiciones especiales que nosotros tenemos que saber cuándo le proporcionemos el cuidado a su hijo?

SI NO

Si es Sí, por favor explique abajo (continúe al reverso si necesita):

Nombre del PadreTutor(s) (<u>por favor imprimir claramente</u>)	Teléfono casa:	Teléfono Trabajo:	Celular:
Madre:			
1. _____	_____	_____	_____
Dirección: _____	Ciudad _____	Código Postal _____	E-Mail _____
Padre:			
2. _____	_____	_____	_____
Domicilio: _____	Ciudad _____	Código Postal _____	E-Mail _____

Programas de Cuidado de Niños: Por favor MARQUE el programa(s) deseado y CIRCULE la colegiatura mensual. Todas las cuotas listadas son cantidades del nivel de pago. Usted paga la misma cantidad cada mes (Septiembre a Junio) sin importar el número de días en cada mes. Para nuestras familias que participan en el programa de Tiempo Completo, el pago del mes de junio será reducido al pago equivalente al programa de Medio-Tiempo. Para las familias del programa de Medio-Tiempo el pago permanecerá igual. Únicamente las familias del programa KE pagarán una cuota reducida en el mes de junio.

PROGRAMAS (Circulo TC o TP)	Tiempo Completo (11+ días/mes)	Tiempo Parcial (Máximo 10 días por mes)
_____ Cuidado Antes/Después de Escuela (AM/PM)	\$385	\$308
_____ TK/Kindergarten Sólo Enriquecimiento (KE)	\$132	N/A**
_____ TK/Kindergarten Enriquecimiento (KE) + AM/PM	\$517	\$412.50

(No programas de KE ó Child Care en Conejo y Glenwood)

Comentarios (cont.):

Yo entiendo que es mi responsabilidad contestar todas las preguntas y proporcionar toda la información y documentación necesaria antes que la inscripción sea aceptada.

Yo entiendo que al firmar esta forma, yo soy el padre que está inscribiendo y si mis hijo/s está/n inscritos en cualquiera de los programas de cuidado de niños arriba mencionados, yo estoy asumiendo total responsabilidad por el pago a CVUSD Child Care de cualquier colegiatura del mismo.

Firma del Padre/tutor _____ Fecha _____

Nombre del Padre/Tutor (por favor imprimir) _____

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Nombre del Padre/Tutor (por favor imprimir) _____

.....Office Use Only.....

Registration fee paid: Cash _____ Check number _____ CC _____ Staff Initials _____