



## SOLICITUD PARA EL PROGRAMA ANTES Y DESPUÉS DE LA ESCUELA

El Programa The Beyond the Bell – Youth Services After-School Program de juegos organizados, actividades de enriquecimiento, nutrición, condición física y tarea que se proporciona a los estudiantes capaces de una supervisión independiente para ir y regresar del programa y en el patio de recreo. El Programa Beyond the Bell – Youth Services After-School Program no es un programa de cuidado infantil. Es un programa al que se puede asistir a través de un permiso. Los estudiantes firman al entrar y salen del programa por voluntad propia. Se espera que los niños se conduzcan de manera apropiada y pueden perder la oportunidad de participar si tiene mala conducta. El programa de primaria es para los estudiantes de los grados de primaria (del 2º al 5º/6º) y el programa de la escuela secundaria es para los estudiantes en los grados de secundaria (del 6º al 8º).

A los padres y tutores se les recuerda que deben coordinar con anticipación el lugar en donde recogerán a su hijo/a cuando termine el programa. Todo niño que no sea recogido o al que no se le permita caminar de regreso a su casa solo antes de que termine el programa se considerará “sin supervisión” y el personal de supervisión comenzará a llevar a cabo los procedimientos de “niño/a al que se le recoge tarde”. Si fracasan los intentos para entregar al niño a una persona adulta autorizada, el personal de supervisión contactará a la Agencia Local de las Autoridades del Orden para pedir ayuda y asumir la custodia del menor. El no organizar habitualmente la supervisión adecuada de su hijo/a para cuando termine el programa dará como resultado que el estudiante pierda el privilegio de participar en el programa. **Para casos de emergencia, los padres/tutores deberán completar y mantener actualizados todos los números de teléfono e información de contacto.**

El programa Beyond the Bell Youth Services After-School Program está CERRADO durante los días en los que no hay clases (fines de semana, días festivos, días sin alumnos, etc.) Los servicios en el patio de recreo solamente están disponibles durante las horas programadas.

Con el fin de que se apruebe a un estudiante para que participe, se deberá llenar una Solicitud/Acuerdo para el Programa Antes y Después de la Escuela. Una vez que se llene la solicitud y el estudiante sea autorizado por el miembro del personal de Youth Services encargado, el estudiante podrá participar.

Para comunicarse con las personas responsables de la operación diaria del programa Beyond the Bell Youth Services After-School Program llame al: *Youth Development Program (YDP) & Youth Services @ YDP - (818) 587-4300; Escuelas Primarias (que no sean YDP) – (310) 515-3010; Escuelas Secundarias – (213) 633-3500.*

### Reconocimiento:

Estoy de acuerdo en cumplir las siguientes reglas y directrices para que mi hijo sea elegible para participar en el programa Beyond the Bell – Youth Services Después de la Escuela:

- Mi hijo/a es un estudiante del 2º al 8º grado en una escuela del LAUSD que vive en el área residencial o asiste a otra escuela del LAUSD, por ejemplo, estudiantes de la escuela magnet, etc. (Nota: No son elegibles los estudiantes de escuelas Charters Independientes o de escuelas privadas).
- Le he dado instrucciones a mi hijo/a de que se vaya directamente de su salón de clases a la hora de la salida de la escuela al área supervisada designada para el Programa Beyond the Bell – Youth Services After-School Program y que firme su nombre en el lugar designado cuando llegue.
- Le he dado instrucciones a mi hijo/a de quedarse en el área supervisada por el Supervisor (“coach”) del Programa Beyond the Bell – Youth Services Program Supervisor (“coach”) mientras participe en el programa.
- Diariamente le daré instrucciones a mi hijo/a sobre la hora a la que deberá salir del programa Beyond the Bell – Youth Services After-School Program ese día.
- Diariamente le daré instrucciones a mi hijo/a sobre dónde deberá ir inmediatamente después de salir del programa Beyond the Bell – Youth Services After-School (por ejemplo, hogar, lugar designado, etc.)
- Le he informado y le he dado instrucciones a mi hijo/a de que una vez que salga de programa Beyond the Bell – Youth Services After-School Program ya no podrá regresar durante el resto del día.
- Entiendo que si a mi hijo/a no lo recoge una persona adulta autorizada o se va solo antes de las 6:00pm cuando se cierra el programa, el personal iniciará los procedimientos para cuando se tarden en recoger a un estudiante: Después de hacer intentos fallidos durante una hora para contactar a los padres o a la persona designada para entregar al menor, se contactará a una agencia de protección infantil para que asuma responsabilidad de la supervisión y la seguridad del menor.
- Entiendo que la que participación en el programa Beyond the Bell – Youth Services After-School Program es un privilegio y si mi hijo/a no cumple todas las reglas puede dar como resultado el que pierda este privilegio.
- He proporcionado más de un número de teléfono de contacto y los nombres de adultos adicionales que estén autorizados para recoger a mi hijo/a en caso de emergencia o a quienes se les pueda contactar si mi hijo/a se queda “sin supervisión” y se considera un “niño/a al que se le recoge tarde”. La persona adulta designada deberá mostrar una identificación con fotografía antes de que se le entregue al estudiante.



**Los Angeles Unified School District**  
**BEYOND THE BELL BRANCH**  
**PROGRAMA DE ANTES Y DESPUÉS DEL HORARIO ESCOLAR**  
**APLICACIÓN/ACUERDO**

*Para uso del personal solamente*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**DISTRICT ID NUMBER**

---

**SCHOOL YEAR**

**ESCUELA DE ASISTENCIA:** \_\_\_\_\_

<b>Programa al que aplica:</b> <i>(Marque sólo uno)</i>			
<b>ANTES DEL HORARIO ESCOLAR</b>	<b>DESPUÉS DEL HORARIO ESCOLAR</b>		<b>OTROS PROGRAMAS</b>
<b>Ready-Set-Go! (RSG)</b>	<b>Youth Services</b>	<b>Programa Subvencionado (ASES/21<sup>st</sup> CCLC/ASSETs)</b> Nombre del programa _____	<b>Nombre del programa</b> _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ASPIRANTE:**

\_\_\_\_\_

IMPRIMA NOMBRE CLARAMENTE      *NOMBRE APELLIDO*      DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL ASPIRANTE      FECHA DE NACIMIENTO      GRADO

---

\_\_\_\_\_

DOMICILIO:      *NUMERO Y CALLE*      APTO #      CIUDAD      CÓDIGO POSTAL

**PADRE(S)/TUTOR(S)**

<b>MADRE/TUTOR</b>		<b>PADRE/TUTOR</b>	
<i>NOMBRE</i>	<i>APELLIDO</i>	<i>NOMBRE</i>	<i>APELLIDO</i>
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE LA MADRE		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE	
TELÉFONO (GENERAL)	TELÉFONO (OTRO)	TELÉFONO (GENERAL)	TELÉFONO (OTRO)

**CONTACTOS DE EMERGENCIA/INFORMACIÓN DE ENTREGA DEL ESTUDIANTE** *(proporcione un mínimo de dos contactos)*

#1: PARENTESCO	NOMBRE (PRIMER APELLIDO)	TELÉFONO(S)	DOMICILIO (CALLE, CIUDAD, CÓDIGO POSTAL)
#2: PARENTESCO	NOMBRE (PRIMER APELLIDO)	TELÉFONO(S)	DOMICILIO (CALLE, CIUDAD, CÓDIGO POSTAL)
#3: PARENTESCO	NOMBRE (PRIMER APELLIDO)	TELÉFONO(S)	DOMICILIO (CALLE, CIUDAD, CÓDIGO POSTAL)

Yo/Nosotros autorizamos al Programa de Antes/Después del horario escolar de Beyond the Bell (BASP por sus siglas en inglés) a ponerse en contacto, y en caso necesario, a dejar salir a mi hijo/a con cualquiera de los individuos enumerados en la sección Información de Contacto en Caso de Emergencia/Permiso de Salida. Los individuos enumerados arriba deben ser mayores de 18 años.

Yo/Nosotros damos permiso para que mi hijo/a pueda ser fotografiado o grabado. Entiendo que todas las películas o fotos son propiedad única de BASP, y que pueden ser usadas para exhibiciones al público, para dar publicidad al programa, o para materiales impresos publicados por y para BASP.

Yo/Nosotros por la presente damos nuestro consentimiento a revelar información personal e identificable del expediente académico de mi hijo/a bajo la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA por sus siglas en inglés) y autorizo al Distrito Escolar Unificado de Los Angeles a revelar dicha información sólo con el propósito y duración necesarios para que mi hijo/a participe en los programas BASP.

¿Tiene su hijo/a dificultades físicas, emocionales, y/o de aprendizaje? En caso afirmativo, favor de especificar: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a alergias a algún tipo de comida? En caso afirmativo, favor de especificar: \_\_\_\_\_

**RECONOCIMIENTO**

NOMBRE DE MADRE/TUTOR (IMPRIMA)	FIRMA DE MADRE/TUTOR	FECHA
NOMBRE DE PADRE/TUTOR (IMPRIMA)	FIRMA DE PADRE/TUTOR	FECHA
NOMBRE DE COORDINADOR (IMPRIMA)	FIRMA DE COORDINADOR	FECHA