



**Distrito Escolar del Valle de Boulder**  
**Programa Escuelas de la Comunidad**  
**(720) 561-3770**  
**Fax (720) 561-3761**  
<http://www.bvsd.org/kcare>

K-CARE es un programa opcional y con cuota que ofrece cuidado de guardería en la escuela donde su hijo/hija asiste al Kinder ofrecido por el Distrito Escolar del Valle de Boulder.

Todas las decisiones de K-CARE dependerán del espacio disponible y del número de solicitudes de inscripción recibidas. Las familias deben estar inscritas en Kindergarten en una escuela para poder ser consideradas en el programa K-CARE de esa escuela.

<b>FECHAS de Inscripción en K-CARE</b>	
Semana del 5 de enero del 2009	Se reciben las solicitudes de inscripción para el 2009-10 y se ponen a la disposición del público en la oficina de K-CARE, en las escuelas y en la página electrónica de K-CARE. La oficina de K-CARE empezará a aceptar la presentación de las solicitudes en enero.
9 de marzo de 2009	La oficina de K-CARE comienza el trámite de las solicitudes recibidas. Si el número de solicitudes excede al número de espacios disponibles en una escuela concreta, se llevará a cabo una lotería para determinar la asignación de plazas. Las familias que no reciban espacio en una clase serán colocadas en una lista de espera. Los padres serán notificados en abril.
A partir del 6 de abril de 2009	La encargada de inscripciones de K-CARE envía cartas para notificar a las familias su situación en la lista de espera para el año escolar 2009-10.
Durante las vacaciones de verano	La oficina de K-CARE estará abierta y aceptará solicitudes de inscripción para los espacios que queden disponibles.

### **Para inscribirse:**

1. Firmar y completar la forma de inscripción adjunta.
2. Entregar **\$50.00** por costo de inscripción no reembolsables.
  - Cheque o giro postal pagado a BVSD. **Por favor de no incluir dinero en efectivo.**
  - Su aplicación **no será** aceptada si los **\$50** no están adjunto.
3. Mande su aplicación a la Oficina de K-CARE a 805 Gillaspie Drive, Boulder, CO 80305  
Si usted tiene preguntas, por favor de llamar a la oficina de K-CARE al (720) 561-3770

**POR FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE – Por favor de guardarla para su información**

- La cuota de K-CARE está basada en el año escolar, dividida en nueve meses, de septiembre a mayo.
- La cuota mensual no varía a menos que cambie su horario.
- K-CARE está en sesión cuando el Kinder está en sesión.
- K-CARE no está en sesión cuando el Kinder no está en sesión.
- Su cuota se vence el día 5 de cada mes.
- Después del diez de cada mes si no hemos recibido su pago automáticamente se le aplicará un recargo de \$25.00.
- No hay reembolsos por días libres, días de enfermedad o vacaciones.
- Un recargo de \$15.00 se le aplicará por cheques o tarjetas de crédito sin fondos.
- Después de dos cheques o tarjetas de crédito sin fondos, tendrá que pagar con giro postal o efectivo.
- Un mínimo de 12 estudiantes deberán ser inscritos o la sesión será cancelada.
- Su cuota deberá de ser pagada mensualmente o su niño/niña será expulsado/expulsada de K-CARE.

**Todo cheque y giro postal deben ser pagados a BVSD  
y enviados a la oficina de KCARE a 805 Gillaspie Drive, Boulder, CO 80305-6501**

### **Costo:**

Tiempo completo: 5 sesiones (lunes-viernes o horario alternativo)	\$410 mensual
Medio tiempo: 3 sesiones (lunes, miércoles, viernes)	\$265 mensual
Medio tiempo: 2 sesiones (martes, jueves)	\$190 mensual

**INSCRIPCION AL PROGRAMA K-CARE para 2009-10  
K-CARE del Distrito Escolar del Valle de Boulder**

K-CARE es un programa de pago autorizado para el cuidado de niños que ofrece el Distrito Escolar del Valle de Boulder.

**BVSD K-CARE**  
805 Gillaspie Drive  
Boulder, CO 80305  
720-561-3770  
Fax 720-561-3761  
http://www.bvsd.org/KCare



Nombre de la Escuela \_\_\_\_\_ Fecha de Comienzo \_\_\_\_\_ (pidan a la escuela la fecha oficial)

NOMBRE DEL NIÑO \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo: M F

DIRECCION DEL NIÑO \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

¿Ha estado el niño anteriormente en un centro de preescolar? Sí  No  o en cualquier otro programa de educación temprana? \_\_\_\_\_

Por favor díganos algo sobre su niño/niña que pudiera afectar su habilidad para participar en el programa K-CARE o para cumplir sus expectativas. Incluya por favor información sobre su salud, necesidad de educación especial, problemas de conducta, etc. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Solicitud de Asistencia Financiera para K-CARE  
.....

**HORARIOS (NO TODAS LAS ESCUELAS OFRECEN PROGRAMAS DE JORNADA REDUCIDA. Comprueben el horario de K-CARE de su escuela.)**

**Programa Completo:**  5 sesiones semanales de medio día

**Programa Reducido:**  3 sesiones semanales de medio día (L/Mi/V)  2 sesiones semanales de medio día (M/J)

**DATOS DE FACTURACION - Marquen la(s) Persona(s) Responsable(s) del Pago de las Cuotas Mensuales**

Padre No. 1:(principal): Nombre: \_\_\_\_\_ Tfno.casa: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Lugar donde se encuentra durante las horas de escuela:  Casa  Trabajo E-mail: \_\_\_\_\_

Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Tfno. \_\_\_\_\_

Padre No. 2: Nombre: \_\_\_\_\_ Tfno.casa: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Lugar donde se encuentra durante las horas de escuela:  Casa  Trabajo E-mail: \_\_\_\_\_

Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Tfno. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Contacto de emergencia 1: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia 2: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del Dentista: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Hospital de Preferencia: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Esta hoja de inscripción debe ir acompañada del pago de una tasa de inscripción por cada niño. La tasa de inscripción sirve para reservar su espacio en el programa y no es reembolsable. Esta tasa es estrictamente para inscribir al niño y no será acreditada a la cuota mensual.**

**Entiendo que el retirar a mi niño/a del programa, cualquiera que sea la razón, no me da derecho a la devolución del pago de la tasa de inscripción. He leído y entiendo las políticas sobre el pago de la cuota mensual.**

**Firma del Padre/Tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**For Office Use Only**

Distribution: White - K-CARE OFFICE, Yellow - K-CARE SPECIALIST, Pink - PARENT Date Received \_\_\_\_\_