



St. Joseph
Academy

ST. JOSEPH ACADEMY CENTRO DE APRENDIZAJE COMUNITARIO

1600 W. Oklahoma Avenue, Milwaukee, WI 53215
414-646-5337

Director de Area: Lisa Manvilla

Estimado Padre/Tutor:

¡Bienvenidos a la experiencia escolar 2017 -2018 de Boys & Girls Clubs of Greater Milwaukee en el Centro de Aprendizaje Comunitario de St. Joseph Academy! Nuestro dedicado personal espera tener un año divertido y emocionante juntos. A través de una variedad de actividades divertidas y estructuradas, queremos animar a su hijo a sobresalir en el ámbito académico, hacer elecciones de vida más positivas, desarrollar métodos saludables de expresión personal y adquirir nuevas experiencias para tener una visión más amplia acerca del mundo.

Fecha de Inicio del Programa: 5 de Septiembre de 2017

Grados: K4 - 7th

Horas de operación: 3:30 - 6:00 p.m

Costo de Inscripción una sola vez: \$5 por niño(a)

Costo Semanal: \$70 por niño(a) (costos varían de acuerdo a su ingreso/
becas disponibles) ver al Director del Club.

St. Joseph Academy Boys & Girls Club es un proveedor de cuidado de niños con licencia estatal. Si usted es elegible para W2/cuidado de niños y nos elige como su proveedor, TODOS sus costos serán cubiertos. Si recibe actualmente W2/cuidado de niños, por favor actualice la autorización de su hijo para nuestra ubicación Llamando al **1-888-947-6583**.

Becas Disponibles: El no poder pagar no es un impedimento para la participación programa. Por favor vea al Director del Club para más detalles.

PARA REGISTRARSE:

1. Complete todo el paquete de inscripción para cada joven que desee asistir al club.
2. Devuelva el paquete de registro al Director del Club u oficina.
3. Por favor, espere hasta 48 horas para procesar los trámites de inscripción.

Por favor recuerde que su hijo debe ser recogido puntualmente a las 6:00 p.m. Hay un cargo de \$ 1 por minuto por niño para todos los miembros que permanezcan después de las 6:00 p.m. Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en ponerse en contacto con el Administrador del Club por correo electrónico lisam@boysgirlsclubs.org o cualquier miembro del personal al 414-646-5337.

EFF
SAFE
RESPECT
N
AF
G
E
E
INSPIRE
E

SOLICITUD DE MEMBRESÍA JUVENIL ANUAL

 Renovación de membresía

Información del miembro

Nombre	2.º nombre	Apellido
Dirección y N.º Apt.		Ciudad
Cód. postal		
N.º de seguro social	Fecha de nac.	N.º Id. MPS (si corresponde)
Escuela a la que asiste	Distrito escolar	Grado actual
SEXO (marcar uno) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero	IDIOMA (marcar uno) <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Otro	
ETNIA (marcar una) <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino		
<input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Otra _____		
EL MIEMBRO VIVE CON (marcar uno) <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Solo madre <input type="checkbox"/> Solo padre <input type="checkbox"/> Tutor		
<input type="checkbox"/> Cuidado sustituto <input type="checkbox"/> Residencia grupal <input type="checkbox"/> Otro _____		
ELEGIBILIDAD PARA ALMUERZO ESCOLAR (marcar una) <input type="checkbox"/> Gratis <input type="checkbox"/> Reducido <input type="checkbox"/> No elegible <input type="checkbox"/> No sabe		
¿El miembro asistió antes a un Club de Niños y Niñas? (marcar una) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Ubicación del club _____		

PADRE/TUTOR, COMPLETE, LEA Y FIRME

¿Usted o algún miembro de su familia pertenece al ejército? (Marque una) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Usted o algún miembro de su familia pertenece al ejército? (Marque una) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuántas personas, incluido usted, viven en su hogar? _____
INGRESO FAMILIAR ANUAL (marcar uno) <input type="checkbox"/> Menos de \$9,999 <input type="checkbox"/> \$10,000-14,999 <input type="checkbox"/> \$15,000-22,999 <input type="checkbox"/> \$23,000-33,999 <input type="checkbox"/> \$34,000-49,999 <input type="checkbox"/> \$50,000-74,999 <input type="checkbox"/> \$75,000 o más
Pueden contactarme mediante lo siguiente (marcar todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Mensajes de texto <input type="checkbox"/> Correo

Nombre	Apellido	Teléfono particular	Celular	Teléfono laboral	Email

Si no podemos comunicarnos con los padres/tutores mencionados, ¿a quién más podríamos contactar en caso de emergencia?

Vínculo con el	Nombre	Apellido	Teléfono particular	Celular	Teléfono laboral

¿Recibe usted WI Cuidado Infantil o acciones W2?

Por favor, seleccione uno:

<input type="checkbox"/>	Sí, tengo un caso abierto con WI Cuidado Infantil. Mi número de caso es el siguiente: _____ . Voy a llamar a MECA (1-888-947-6583) para actualizar mi autorización de Cuidado Infantil.
<input type="checkbox"/>	Sí, recibo W2. Mi número de caso es el siguiente: _____. Voy a comunicarme con mi trabajador FEP para actualizar mi Autorización de Cuidado Infantil.
<input type="checkbox"/>	No, actualmente no recibo WI Cuidado Infantil o W2. Entiendo que debo completar la información a continuación para determinar si soy elegible.

Firma: _____ Fecha: _____ Número de teléfono: _____

¿Soy elegible?

Por favor, complete la siguiente información.

Toda la información es requerida para completar la aplicación de la Membresía de BGCGM en caso de que no tenga un caso abierto con WI de Cuidado Infantil o W2.

Lista de todos los adultos en el hogar		
Nombre	Seguro de salud actual?	Actualmente trabajo?
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí

Información de Ingresos mensuales	
Ingreso total por mes en su casa en base a su trabajo (s):	\$ _____
O	
Total de horas trabajadas por semana	_____
Cantidad que usted gana por hora:	\$ _____
¿Recibe usted algún ingreso adicional? Marque las que correspondan:	
<input type="checkbox"/> Manutención de Menores <input type="checkbox"/> pagos W2 <input type="checkbox"/> Seguro Social / SSI <input type="checkbox"/> desempleo <input type="checkbox"/> Otros: _____	
Total de ingresos mensuales adicionales recibidos:	\$ _____

Lista de todos los niños en el hogar		
(Continúe la lista en la parte posterior de la hoja si es necesario.)		
Nombre	Edad del Niño(a)	Seguro de salud actual?
		<input type="checkbox"/> Sí
		<input type="checkbox"/> Sí
		<input type="checkbox"/> Sí
		<input type="checkbox"/> Sí
		<input type="checkbox"/> Sí

For Office Use Only:

Club Location: _____

Eligible? Yes No Parent Needs to Update Auth

If Eligible, Date Contacted: _____ By: _____

Notes: