

# Bayfield Early Education Programs



Building Community Strength Through Children

2025-2026

## PAQUETE DE SOLICITUD

### Programas de educación temprana de Bayfield

645 Fox Farm Circle

Bayfield, CO 81122

Teléfono: 970-884-7137

beepreschool1@gmail.com

[www.beepreschool.org](http://www.beepreschool.org)

**DIRECTORA EJECUTIVA: April Schneider Stewart**

**ASISTENTE ADMINISTRATIVA: Andrea Foutz**

Nombre del niño:	Fecha de nacimiento:
Pago de inscripción:	
OFICINA:	Número de registro
Fecha de inicio	11 de agosto de 2025 12 de agosto de 2025 ASQ#

## FILOSOFÍA BEEP

La visión de Bayfield Early Education Programs es ofrecer un lugar cálido y amigable donde los niños puedan crear, explorar, imaginar y aprender.



Nuestra misión es proporcionar un entorno seguro, enriquecedor y estimulante que promueva el crecimiento individual, inspire la curiosidad y ayude a desarrollar habilidades sociales positivas que ayuden a todos los niños a tener éxito en la vida.

Creemos:

- Todos los niños son capaces de aprender y tienen necesidades, habilidades y prendas.
- Los niños aprenden mejor como participantes activos en Experiencias cooperativas basadas en el juego.
- Los niños aprenden mejor a través de experiencias que Mejorar su autoestima, ayudarles a tomar decisiones opciones y desarrollar competencias.
- Los niños aprenden mejor utilizando un sistema unificado, currículo apropiado para el desarrollo, utilizando la enseñanza centrada en el niño prácticas.
- Los padres/cuidadores son los maestros principales y continuos del niño y comparten igualmente en la educación del niño.
- Las experiencias preescolares proporcionan al niño la base para el desarrollo continuo. aprender y apoyar al niño y a la familia para que se conviertan en socios responsables en vida escolar y comunitaria.



## Programas de educación temprana de Bayfield

Todas las respuestas aquí contenidas son confidenciales.

Bayfield Early Education Programs es un programa de desarrollo Preescolar apropiado. Aceptamos niños de tres a cinco años, pero priorizamos a aquellos que asistirán jardín de infantes el año que viene.

Tenga en cuenta que su hijo debe tener tres años de edad y saber ir al baño antes de poder asistir a clases.

Para quienes cumplan tres años durante el año escolar, su solicitud quedará en espera hasta que cumplan tres años. En ese momento, nos pondremos en contacto con usted para informarle sobre la programación y la admisión. Tenga en cuenta que todas las clases podrían estar llenas para cuando cumpla tres años.

## Identificación e información de emergencia

Nombre completo del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Último                      Primero                      Medio

Círculo uno:                      Masculino                      Femenino

El niño vive con: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección principal: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Cremallera \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico preferida: \_\_\_\_\_

El niño reside con (M)adre, (P)adre, (Ambos), (T)utor:

Domingo \_\_\_\_\_ Lunes \_\_\_\_\_ Martes \_\_\_\_\_ Miércoles \_\_\_\_\_

Jueves \_\_\_\_\_ Viernes \_\_\_\_\_ Sábado \_\_\_\_\_

Madre o tutor con custodia: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celúla: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

Empleo/Escuela: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico de la madre \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del trabajo (si corresponde): \_\_\_\_\_

Padre o tutor: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Cremallera \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celúla: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

Empleo/Escuela: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del padre \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del trabajo (si corresponde): \_\_\_\_\_

## CONTACTOS DE EMERGENCIA

Personas a las que se debe llamar en caso de emergencia y los padres no pueden ser contactados.

(Asegúrese de incluir a alguien que normalmente sepa dónde se encuentra)

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco con el niño: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celúla: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco con el niño: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celúla: \_\_\_\_\_

Médico del niño : \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Clínica: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dentista del niño : \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Clínica: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Optometrista infantil \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Clínica: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Preferencia de hospital de urgencias: \_\_\_\_\_

Programas de educación temprana de Bayfield, Inc.

## HISTORIAL DE SALUD

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

ALERGIAS (Alimentos, insectos, medicamentos, etc.) Por favor explique la gravedad y los síntomas:

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. ¿Su hijo/a goza de buena salud actualmente? Si no es así, explique.  | Sí | No |
| 2. ¿Su hijo generalmente está sano la mayor parte del tiempo?<br>Si no, por favor explique                            | Sí | No |
| 3. ¿Su hijo tolera el ejercicio normal?   | Sí | No |
| 4. ¿Tiene algún hermano algún problema de salud? En caso afirmativo, explique.  | Sí | No |
| 5. ¿Su hijo tiene dificultad para oír?  | Sí | No |
| 6. ¿Su hijo tiende a tener la nariz tapada o resfriado constantemente?  | Sí | No |
| 7. ¿Suele su hijo tener más de tres resfriados o dolores de garganta?<br>¿Infecciones con fiebre por año?             | Sí | No |
| 8. ¿Su hijo alguna vez ha tenido sibilancias o asma?  | Sí | No |
| 9. ¿Su hijo ha tenido hasta tres episodios de problemas de oído, como<br>¿Dolores de oído, supuración de oídos, etc.? | Sí | No |
| 10. ¿Su hijo ha tenido problemas de visión o de los ojos?   | Sí | No |
| 11. ¿Su hijo alguna vez ha tenido eczema o urticaria?   | Sí | No |
| 12. ¿Su hijo se queja con frecuencia de dolor de cabeza, dolor de<br>piernas, dolor de estómago u otro dolor?         | Sí | No |
| 13. ¿Su hijo tiene problemas de diarrea o estreñimiento?  | Sí | No |

14. ¿Su hijo ha contagiado lombrices intestinales o oxiuros? Sí No

15. ¿Su hijo tiene algún problema al orinar? Sí No

16. ¿Su hijo muerde cosas inusuales como lápices, cunas, alféizares de ventanas, trozos de pintura, yeso o cabello? Sí No

17. Marque cualquiera de los siguientes que haya tenido su hijo:

Rojo o duro sarampión	Gritando Tos	Epilepsia	Falta de aliento	Úlceras (estómago)
Alemán o sarampión de 3 días	Varicela	Meningitis	Reumático Fiebre	Quintas Enfermedad
Escarlata Fiebre	Diabetes	Problemas del corazón	Amigdalitis	estreptococo Infección
Paperas	convulsiones	Neumonía	-----	

Enumere otras enfermedades o dolencias:

18. ¿Su hijo ha estado hospitalizado alguna vez? Explique. Sí No

19. ¿Su hijo ha sido sometido a alguna operación? Explique. Sí No

20. ¿Su hijo ha sufrido algún accidente con lesiones? Por favor, enumérela. Sí No

21. ¿Ha estado su hijo bajo atención médica en los últimos 12 meses? Sí No  
Por favor explique

22. ¿Su hijo tiene que limitar sus actividades por razones de salud? Sí No  
Si es así, ¿cómo y por qué?

23. ¿Su hijo tiene problemas para dormir? Sí No

24. ¿Tiene algún problema con sus dientes? Sí No

25. ¿Su hijo está tomando algún medicamento ahora? Sí No

26. ¿Su hijo requiere la administración de medicamentos a largo plazo? Sí No

(es decir, nebulizador, insulina, etc.) Si es así, comuníquese con la oficina. Más  
Se requerirá información para establecer un plan de atención médica para estudiantes.

27. Marque cualquiera de las siguientes opciones que su hijo tenga o haga.

Entrenamiento para ir al baño problemas	Mal humor	Pesadillas	Irritable	Mastica o tira del cabello
No me importará	Aguanta la respiración	Se moja la cama	se muerde las uñas	Muerde a otros
Celos	Se chupa el pulgar	Problemas del habla:		

\*¿Qué idioma se habla en casa (es decir, inglés, español, francés, navajo, etc.)? \_\_\_\_\_

\*Tengo inquietudes sobre el habla de mi hijo: Sí Si es así, descríbalas No

Mi hijo habló o hizo ruidos en \_\_\_\_\_ meses. ¿Qué tipos de sonido? ¿Qué palabras que otros...?  
¿puedes entender?

Mi hijo habla principalmente en \_\_\_\_\_ (palabras, gruñidos, llantos, etc.)  
Dé un ejemplo de palabras, frases u oraciones que dice su hijo.

No dude en escribir en el reverso o adjuntar otra página con cualquier otra información que desee compartir sobre su hijo.

HISTORIA MÉDICA Y DE DESARROLLO:

Este niño nació: a término o prematuro a las \_\_\_\_\_ semanas. ¿Alguna complicación significativa en el parto? Explique.

Sí No

Quando era bebé, ¿tuvo dificultades para succionar, tragar, atragantarse, etc.?  
Por favor explique

Sí No

Mi hijo gateó a los \_\_\_\_\_ meses; mi hijo caminó a los \_\_\_\_\_ meses.

¿Su hijo/a cuenta con un Plan Educativo Individualizado (PEI) a través de la Junta de Servicios Educativos Cooperativos de San Juan (BOCES)? ¿Se espera que su hijo/a sea evaluado/a por BOCES? Sí No ¿Recomiendan a este médico?

Sí No

Enumere y explique para qué es la evaluación, es decir, habla, motricidad gruesa, física, etc.

El niño debe saber ir al baño antes del primer día de clase. ¿En qué etapa se encuentra su hijo con el control de esfínteres?

Programas de educación temprana de Bayfield, Inc.

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Hermanos/Hermanas	Edad	Vive con Niño		Familia califica para almuerzo gratuito o reducido a través de la escuela Bayfield Distrito		La familia califica para Seguro de enfermedad	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No
		Sí	No	Sí	No	Sí	No
		Sí	No	Sí	No	Sí	No
		Sí	No	Sí	No	Sí	No
		Sí	No	Sí	No	Sí	No

Durante el día mi hijo ha estado en: \_\_\_\_\_ casa \_\_\_\_\_ guardería \_\_\_\_\_ preescolar Si es otro, por \_\_\_\_\_ otro favor explique (es decir, abuelos, amigos, etc.)

Esto fue: \_\_\_\_\_ tiempo completo \_\_\_\_\_ tiempo parcial \_\_\_\_\_ ocasionalmente

Describa su situación de vida actual, incluyendo cualquier cambio en el último año. ¿Su hijo cambió de residencia más de dos veces en el último año?

Otras personas que viven en el hogar con usted (nombres y relaciones):

Para UPK Colorado, la definición de falta de vivienda es tener una residencia nocturna principal que sea un lugar público o privado que no esté diseñado ni se use habitualmente como alojamiento habitual para dormir para seres humanos; vivir en automóviles, parques, espacios públicos, edificios abandonados, viviendas deficientes, estaciones de autobús o tren o entornos similares; o es un niño migratorio que califica como sin hogar para los fines de este subtítulo porque el niño vive en las circunstancias descritas en esta definición.

Sí No

Por favor explique una respuesta Sí:

DESARROLLO ACTUAL: (marque o circule)

Este niño:

**duerme toda la noche**

Toma siestas.

Llora más de lo normal. Puede

usar un tenedor/cuchara.

Puede prestar atención a los juegos/  
tareas. Come

bien. Se atraganta con frecuencia.

Habla mucho

y tiene un discurso claro.

**se viste solo**

Se despierta con frecuencia  
y no toma siestas.

llora de vez en cuando  
puede beber de una taza

Tiene poca capacidad de  
atención y come mal.

pierde comida/líquido de la boca  
no habla mucho

es difícil de entender

necesita ayuda para vestirse

Encierra en un círculo o marca las palabras que describen

a tu hijo: feliz saludable terco curioso se frustra fácilmente  
miedoso físicamente activo torpe dispuesto a entretenerse

tranquilo le gusta el tiempo tranquilo tímido disfruta del  
juego imaginario está contento

exigente

independiente

prefiere pasar tiempo a solas

tiene rabietas

necesita mucha atención

se lleva bien con los miembros de la familia

Mi hijo es más feliz cuando:

Los juguetes favoritos de mi hijo son:

La(s) comida(s) favorita(s) de mi hijo es(son):

A mi hijo no le gustan estos alimentos:

Mi hijo es bueno en:

Mi hijo necesita ayuda con:

Tipos de disciplina utilizados con mi hijo:

Mi hijo usa: crayones

lápiz/

bolígrafo

pegamento/

pasta plastilina

tijeras

teléfono

de

papel pintado

bicicleta

triciclo

Bloques de patineta/scooter

libros

iPad/computadora

TV/otros aparatos electrónicos

dispositivos

Tengo inquietudes sobre mi hijo/a (Por favor explique):

comportamiento

desarrollo físico habilidades

sociales con los compañeros

habilidades de aprendizaje

habilidades para comer

habilidades

de juego

para la salud auditiva

patrones de sueño,

capacidad de atención,

visión,

habilidades de autoayuda

Estas son las cosas que quiero que mi hijo aprenda en preescolar este año:

Otro:

Describa cualquier interrupción o estrés que su familia esté experimentando actualmente (mudanzas frecuentes, enfermedades, separaciones, pérdida de ingresos, etc.) o situaciones graves del pasado de su hijo y su familia (abuso doméstico, abuso de alcohol, abuso de drogas, etc.) La información proporcionada aquí puede ayudarlo a calificar para los programas de asistencia de matrícula que ofrecen Bayfield Early Education Programs.

Esta aplicación se mantiene

confidencial.

## Programas de educación temprana de Bayfield, Inc. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE TEMPORADA

Las aulas participan regularmente en actividades festivas y de temporada durante todo el año. Sin embargo, respetamos las costumbres y culturas de nuestras familias. Por favor, complete la siguiente información indicando si desea... a su hijo a participar en estas celebraciones o si tiene otras sugerencias para incluirlas.

DÍA FESTIVO	PARTICIPACIÓN		SUGERENCIA DE ACTIVIDAD ALTERNATIVA
Vispera de Todos los Santos	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
Acción de gracias	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
Navidad	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
San Valentín	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
Día de San Patricio	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
Pascua de Resurrección	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	

Enumere otros días festivos o celebraciones que le gustaría que los niños observen.

## Aviso de política no discriminatoria

Bayfield Early Education Programs, Inc. admite a estudiantes de cualquier raza, color, nacionalidad y origen étnico a todos los derechos, privilegios, programas y actividades que generalmente se otorgan o se ponen a disposición de los estudiantes en la escuela. No discrimina por motivos de raza, color, origen nacional o étnico en la administración de sus servicios educativos. políticas, políticas de admisión, programas de becas y préstamos, y actividades deportivas y otras administradas por la escuela. programas.

### PERMISO DE EVALUACIÓN

Doy mi permiso para (niño) \_\_\_\_\_

Para ser evaluado por los Programas de Educación Temprana de Bayfield. Esta información incluirá información física y académica. y evaluación del desarrollo cognitivo de mi hijo en preparación para ingresar al sistema escolar público.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Programas de educación temprana de Bayfield, Inc.

#### PREPARACIONES TÓPICAS

Nombre del padre/tutor \_\_\_\_\_

Nombre del niño \_\_\_\_\_

Entiendo que debo proporcionar la preparación tópica en el envase original, etiquetado con el nombre de mi hijo/a, y que no se aplicará sobre piel lastimada ni si se ha observado una reacción cutánea. Es mi responsabilidad verificar los ingredientes para asegurarme de que mi hijo/a no sea alérgico/a. Cualquier reacción cutánea que el personal observe me será informada.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

#### PROTECTOR SOLAR

Por la presente, doy permiso a Bayfield Early Education Programs, Inc. para ayudar a aplicar o aplicar protector solar a mi hijo.

La piel expuesta de \_\_\_\_\_, incluyendo la cara, la parte superior de las orejas, los hombros, los brazos, las piernas y los pies, debe limpiarse 30 minutos antes de realizar actividades al aire libre. Es mi responsabilidad proporcionarle protector solar con un FPS mínimo de 30.

En el caso de que mi hijo no tenga protector solar consigo, BEEP puede aplicarle un protector solar común certificado por el USDA con FPS 30.

\_\_\_ Mi hijo NO puede usar ningún protector solar que no sea el que trae en su bolso y claramente etiquetado con su nombre.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

#### LOCIÓN/CREMA/BÁLSAMO HIDRATANTE

Por la presente, doy permiso a Bayfield Early Education Programs, Inc. para ayudar a aplicar o aplicar loción/crema/bálsamo para la piel a mi hijo,

\_\_\_\_\_.

Nombre del producto \_\_\_\_\_

\_\_\_ Mi hijo NO puede usar ninguna otra loción/crema/bálsamo para la piel que no sea el que trae en su bolso y claramente etiquetado con su nombre.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

#### FORMULARIO DE COMUNICADO DE PRENSA

Por la presente, autorizo a Bayfield Early Education Programs, Inc. a usar el nombre, \_\_\_\_\_ y la imagen de mi hijo/a en sus materiales promocionales y campañas publicitarias. Entiendo que las imágenes, tanto fijas como en movimiento, podrán usarse en publicaciones, anuncios impresos, correo directo, medios electrónicos (p. ej., sitios web, redes sociales, videos, CD) u otras formas de promoción. Eximo a Bayfield Early Education Programs, Inc., a sus fotógrafos, empleados, agentes y personas designadas de toda responsabilidad por cualquier violación de cualquier derecho personal o de propiedad que pueda tener en relación con dicho uso.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

#### FORMULARIO DE PUBLICACIÓN DE PELÍCULAS/VIDEO

Aunque las películas y los videos no forman parte del entorno de aprendizaje de BEEP, ocasionalmente se proyectan películas y videos con clasificación "G". Esto puede ocurrir cerca de días festivos o cuando no se recomienda el recreo debido a las condiciones climáticas.

Doy mi consentimiento para que mi hijo \_\_\_\_\_ (nombre) vea una película o un video con clasificación "G" cuando no se recomienda el recreo debido a las condiciones climáticas o antes de un descanso festivo.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Programas de educación temprana de Bayfield, Inc.

PERMISO PARA PARTICIPAR EN LA ESCUELA  
ACTIVIDADES Y PARA  
RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Por la presente, doy permiso para que mi hijo use todos los equipos de juego y participe en todas las actividades de la escuela y salga de las instalaciones de la escuela bajo la supervisión de un miembro del personal para caminar por el vecindario o realizar excursiones escolares.

Por la presente, autorizo al Director o Director Interino a tomar las medidas necesarias para obtener atención médica de emergencia. Estas medidas pueden incluir, entre otras, las siguientes:

1. Intentar comunicarse con un padre o tutor, el médico del niño o las personas que figuran en el formulario de información de emergencia.
2. Si no podemos comunicarnos con usted o con el médico de su hijo, haremos una o ambas de las siguientes acciones: (a) llamar a otro médico o paramédicos (b) hacer que el niño sea llevado a un hospital de emergencia en compañía de un miembro del personal.
3. Cualquier gasto que se origine en virtud de los puntos dos (2) anteriores será asumido por la familia del niño.
4. La escuela no será responsable de nada que pueda suceder como resultado de información falsa proporcionada al momento de la inscripción.
5. La escuela NO asumirá responsabilidad por un niño que no haya sido registrado a su llegada para el día.

Ambos padres deben firmar a continuación.

Nombre del niño \_\_\_\_\_

Firmado \_\_\_\_\_ (Madre o Tutor Legal) Fecha \_\_\_\_\_

Firmado \_\_\_\_\_ (Padre o tutor legal) Fecha \_\_\_\_\_

Programas de educación temprana de Bayfield, Inc.

ACUSE DE RECIBO DEL MANUAL PARA PADRES

Padres,

Por favor, lea atentamente el Manual para Padres. Al firmar y devolver este formulario, usted reconoce haber leído, comprendido y aceptado las políticas descritas en el Manual para Padres, proporcionado por Bayfield Early Education Programs, Inc. Puede encontrar el Manual para Padres completo en el sitio web de BEEP, [www.beeppreschool.org](http://www.beeppreschool.org). Se puede proporcionar una copia impresa si la solicita por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre

Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del niño

Aspectos destacados del manual:

Las facturas de matrícula estarán en el buzón de su hijo y se enviarán por correo electrónico al menos una semana antes de su vencimiento. La matrícula vence el 1.º del mes. El pago automático se realizará el primer día del mes o el siguiente día hábil si es feriado o fin de semana.

Política de enfermedad: Los niños deben estar libres de diarrea, vómitos, fiebre y medicamentos durante al menos 24 horas antes de que puedan regresar al preescolar. Si un niño se enferma mientras está en el preescolar, Se llamará a los padres y deberán recoger a su hijo dentro de una hora.

¡ Por favor notifique a la escuela si su hijo estará ausente!

Se requiere un aviso por escrito con dos semanas de anticipación para retirar a su hijo.

No se permiten conversaciones por teléfono celular durante la entrega o recogida.

Lista de verificación de suministros: proporcione los suministros antes o el primer día de asistencia.

---

## Programas de educación temprana de Bayfield

### Preescolar Universal (UPK) Colorado

BEEP es un proveedor de educación preescolar universal (UPK) en Colorado. Las familias con niños que cursan el año anterior a su elegibilidad para kínder ya pueden solicitar UPK Colorado para el año preescolar 2025-26.

El estado de Colorado ha creado un portal para registrarse en los servicios. Puede encontrarlo en [Universal Preschool \(UPK\) Colorado | Departamento de Primera Infancia de Colorado](#) o <https://cdec.colorado.gov/colorado-universal-preschool>.

El sistema de solicitud en línea le indicará a cuántas horas puede acceder su hijo después de ingresar algunos datos. Los padres deben inscribirse primero a través del portal UPK y luego completar la solicitud BEEP, junto con el pago de la matrícula, para ser considerados para la inscripción.

La referencia UPK a quince horas se refiere a una semana de cinco días (3 horas diarias). Dado que BEEP solo ofrece una semana de cuatro días, se recomienda a los padres inscribirse en el Plan A o el Plan B por dos días completos a la semana (o 15 horas). El tiempo extraescolar ofrecido en el Plan A incluye una parte para los padres por el tiempo adicional a la jornada escolar regular. Se pueden agregar días adicionales si su aula tiene días disponibles.

Los niños con ciertos factores de calificación podrían ser elegibles para horas adicionales con poco o ningún costo adicional.

BEEP hará todo lo posible para adaptarse a su horario solicitado; sin embargo, nos reservamos el derecho de Realizar ajustes a su solicitud/horario para mantener el equilibrio en las aulas.

Si no califica para UPK, comuníquese con nosotros directamente para obtener información sobre cómo inscribirse en nuestro preescolar programa.

Comuníquese con la directora ejecutiva de BEEP, April Schneider-Stewart, al 970-884-7137 si tiene alguna pregunta.

¿Ha solicitado horas financiadas por UPK para su hijo/a a través del portal UPK? ¿Le aceptaron? ¿Por qué?

Sí

No

## Programas de educación temprana de Bayfield

### Programa de asistencia para el cuidado infantil de Colorado

El Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil de Colorado (CCCAP) ayuda a familias sin hogar, que trabajan, buscan trabajo o estudian a encontrar asistencia para el cuidado infantil para familias de bajos ingresos. Las familias inscritas en el Programa Colorado Works también pueden usar los servicios del CCCAP. Cada condado establece los requisitos de elegibilidad para las familias, pero debe ayudar a aquellas con ingresos iguales o inferiores al 185 % del nivel federal de pobreza. Los condados no atenderán a familias que tengan un ingreso superior al 85% del ingreso medio estatal.

Los padres deben solicitar en línea en <https://cdec.colorado.gov/colorado-child-care-assistance-program-for-families>, en persona o por correo. La información de contacto se proporciona a continuación:

Técnico de elegibilidad de CCAP	Plaza del Centro Tecnológico 10 Burnett Court, primer piso	970-382-6139
Servicios Humanos del Condado de La Plata	Durango, CO 81301	970-382-6151 (FAX) <a href="mailto:cuidado_infantil@co.laplata.co.us">cuidado_infantil@co.laplata.co.us</a>

## Escala móvil

BEEP ofrece una beca con escala móvil a aquellos hogares que no califican para el Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil de Colorado (CCCAP), pero que se encuentran por debajo del nivel federal de pobreza para UPK. Solicite primero a través del CCCAP al 970-382-6139, [cdec.colorado.gov](http://cdec.colorado.gov). Si no califica para el CCCAP y aún se encuentra por debajo del nivel federal de pobreza para UPK, puede completar una solicitud de beca y proporcionar...

Copias de las declaraciones de impuestos federales (1040) más recientes de todos los asalariados del hogar. Llame a la oficina al 970-884-7137 o envíe un correo electrónico a [beepreschool1@gmail.com](mailto:beepreschool1@gmail.com).

## Aulas

BEEP cuenta con cinco aulas con dos profesionales de la primera infancia plenamente cualificados que atienden a un máximo de 82 niños al día, en su capacidad máxima. Cuatro aulas tienen capacidad para 17 niños cada una, cuatro días a la semana, de 7:45 a. m. a 3:15 p. m. La quinta aula funciona de 8:00 a. m. a 1:00 p. m., cuatro días a la semana, con capacidad para 14 niños al día.

Se ofrecen tres planes diferentes a los padres para sus necesidades de educación preescolar. El Plan A es utilizado por padres que necesitan tiempo para desplazarse al trabajo. Este plan ofrece una entrada más temprana a las 7:40 a. m. y una salida más tardía a las 5:30 p. m. El Plan B se utiliza para una jornada escolar estándar con entrada a las 7:45 a. m. y salida a las 3:15 p. m. El Plan C ofrece una jornada más corta con entrada a las 8:00 a. m. y salida a la 1:00 p. m.

Programas de educación temprana de Bayfield  
Horario de atención y tarifas 2025-2026

INFORMACIÓN DE MATRÍCULA para \_\_\_\_\_ (Nombre del niño)

Tarifa de solicitud: Tarifa no reembolsable de \$125.00 para el primer hermano, \$100 para el segundo hermano. agregue \$5.00 al monto adeudado si paga con tarjeta de crédito/débito (ayuda a cubrir las tarifas de transacciones con tarjeta de crédito que BEEP incurre por aceptar este método de pago).

¡Es necesario acompañar la solicitud para ser procesada!

Día de apertura: 11 de agosto de 2025 para MW 12 de agosto de 2025 para TTh

Días de operación: Lunes – Jueves

Hora de inicio Hora de finalización

Horas del plan:	Plan A 7:40 am	5:30 pm
	Plan B 7:45 am	3:15 pm
	Plan C 8:00 am	1:00 p.m.

Horario de apertura: Depende del plan.

DIVULGACIÓN DE MATRÍCULA

La matrícula debe pagarse en su totalidad el primer día de cada mes.

Se utilizan diversos métodos de pago con tarjeta de crédito, como PayPal, Tuition Express, Square, Intuit y Converge del banco TBK. BEEP recomienda encarecidamente los pagos automatizados de matrícula y cuotas.

Complete el formulario adjunto de Procesamiento Automático de Pagos para cuentas corrientes/de ahorros (adjunte un cheque anulado) o tarjetas de crédito (VISA, Mastercard, Discover). Los pagos automáticos se procesan el primer día del mes o el siguiente día hábil si es festivo. Si necesita otros métodos de pago, comuníquese con el Asistente Administrativo.

Se aplicará un cargo de \$20 por entrega anticipada a su cuenta por registrar a su hijo antes de la hora de inicio de su plan. Los cargos por recogida tardía empiezan a aplicarse un minuto después de la finalización de su plan y se facturan a \$25 por cuarto de hora, redondeados al cuarto de hora siguiente. Si su hijo/a sigue bajo nuestro cuidado treinta minutos después de la finalización de su plan, se notificará a la oficina del alguacil.

Debido a las regulaciones de personal, ES  
IMPORTANTE QUE LOS  
NIÑOS SEAN RECOGIDOS PUNTUALMENTE.

Si es necesario retirar a su hijo del programa, el preescolar  
Debe recibir un aviso por escrito con dos semanas de anticipación. De lo contrario, se requiere el pago de la matrícula correspondiente a las dos semanas. El saldo pendiente debe pagarse en momento de la retirada.

## Programas de educación temprana de Bayfield

### HORARIO DE CLASES

Elección de horario (por favor indique su elección de días y horarios)

**NOTA: ¡Los niños deben tener tres años y saber ir al baño antes de poder asistir a una clase!**

BEEP hará todo lo posible para adaptarse a su horario solicitado; sin embargo, nos reservamos el derecho a realizar ajustes a su solicitud/horario con el fin de mantener el equilibrio en las aulas.

Todos los niños que utilicen un horario del Plan A o B deben descansar en un aula específica y los padres deben proporcionarles un almuerzo nutritivo y una botella de agua. ¡No se permiten refrescos, dulces ni refrigerios con mucha azúcar!

Plan A: L-M-J 7:40 a. m. – 5:30 p. m.

Plan B: L-M-J 7:45 a. m. – 3:15 p. m.

Plan C: L-M-J 8:00 a. m. – 1:00 p. m.

<p>Horas UPK</p> <p>15 horas equivalen a dos días completos para los planes A* o B</p> <p><small>*El tiempo después de la escuela no está cubierto por UPK</small></p> <p>15 horas equivalen a tres medios días para el Plan C</p>
--

**MATRÍCULA ESTIMADA POR MES:** \_\_\_\_\_ Enumere la tarifa mensual aplicable para su solicitud

Consulte el programa de la página 20, Tarifas de Matrícula Mensuales. Esta tarifa mensual es solo una estimación. Su hijo podría calificar para uno o más de los programas de asistencia para la matrícula que ofrecen los Programas de Educación Temprana de Bayfield. Estos programas se aplican a medida que su hijo califica durante el año preescolar.

Declaración de los padres para reembolsar a BEEP el cuidado de niños en edad preescolar

\_\_\_\_\_, Entiendo como padre/tutor de \_\_\_\_\_ que la matrícula vence el primer día del mes

Yo, para pagos con cheque o efectivo y pago automático. Pueden ocurrir transacciones adicionales a lo largo del mes (entrega anticipada, recogida tardía, cargo por pago atrasado, etc.). Se aplica un cargo de \$15.00 por fondos insuficientes (NSF) a cualquier pago devuelto por un banco o rechazado a través del sistema de procesamiento de pagos automatizado. Se aplica un cargo por mora de \$20 a las cuentas que no reciben el pago antes del día 15 del mes. Se aplica un segundo cargo por mora a las cuentas con saldo pendiente.

Si se rechazan pagos con regularidad, se le podría pedir a su hijo/a que abandone el programa y el saldo de su cuenta podría ser asignado a una agencia de cobranza. Si un saldo pendiente se acumula durante tres meses sin apenas intentar saldarlo, según lo determine el Director Ejecutivo o el Asistente Administrativo, se le podría pedir a su hijo/a que abandone el programa y el saldo de su cuenta podría ser asignado a una agencia de cobranza.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Madre

Número de Seguro Social de la madre (obligatorio) \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Padre

Número de Seguro Social del padre (obligatorio) \_\_\_\_\_

¿Quién es el pagador principal? \_\_\_\_\_

En caso de divorcio o separación, ¿ambos padres contribuyen a la matrícula? Sí No \_\_\_\_\_

Por favor, proporcione documentación sobre el desglose de la responsabilidad de la matrícula. Se pueden crear cuentas separadas y facturar la matrícula según el desglose.

## Programas de educación temprana de Bayfield, Inc.

Las tarifas de matrícula se basan en el número de días de clase durante el año preescolar actual.

BEEP se reserva el derecho de ajustar las tarifas de matrícula según sea necesario.

Tarifas de matrícula 2025-2026		Mensual Tasa
<b>Plan A</b>		
7:40 a. m. a 5:30 p. m. jornada extendida	2 días/semana L/M \$ 2 días/semana	520
	M/J \$ 3 días/semana \$ 4 días/ semana	520
		780
		1.040
<b>Plan B</b>		
7:45 a. m. a 3:15 p. m. día completo	2 días/semana L/M 2	\$ 400
	días/semana M/J 3 días/ semana 4	\$ 400
		\$ 600
	días/semana	\$ 800
<b>Plan C</b>		
8:00 a. m. a 1:00 p. m.	2 días/semana L/M 2	\$ 304
	días/semana M/J 3 días/ semana 4	\$ 304
		\$ 456
	días/semana	\$ 608
<p>La tarifa diaria para el programa After School es de \$20. Se requiere verificar la disponibilidad antes de aprobar la visita.</p> <p>Recogida tardía una vez finalizado el tiempo de su plan: \$25,00 por cuarto de hora redondeado al siguiente cuarto de hora.</p>		

### Escala móvil

BEEP ofrece una escala móvil para los hogares que califican según sus ingresos. Esta escala móvil es opcional y se adjunta a esta solicitud. Solicite primero a través del Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil de Colorado (CCCAP) al 970-382-6139, [cdec.colorado.gov](http://cdec.colorado.gov)

## Programas de educación temprana de Bayfield

### NIVELES DE INGRESOS HOGARES

Las cifras están sujetas a cambios. Actualizado el 11/02/2025.

### Información confidencial

Nombre \_\_\_\_\_ Niño \_\_\_\_\_

#### 1. INGRESOS

El programa universal de preescolar y otros programas de financiamiento que BEEP utiliza para ayudar con los costos de matrícula y los gastos operativos generales requieren un desglose de los niveles de ingresos de las familias atendidas cada año.

Es posible que en el futuro se solicite documentación.

hogar de 2 personas	Más de \$55,188	_____	Menos de \$55,188	_____
hogar de 3 personas	Más de \$69,714	_____	Menos de \$69,714	_____
hogar de 4 personas	Más de \$84,240	_____	Menos de \$84,240	_____
hogar de 5 personas	Más de \$98,766	_____	Por debajo de \$98,766	_____
hogar de 6 personas	Más de \$113,292	_____	Por debajo de \$113,292	_____
hogar de 7 personas	Más de \$127,818	_____	Por debajo de \$127,818	_____
hogar de 8 personas	Más de \$142,344	_____	Por debajo de \$142,344	_____

#### 2. DECLARACIÓN DE RAZA/ETNICIDAD

Bayfield Early Education Programs, Inc. necesita recopilar información sobre el desarrollo de su hijo. origen racial/étnico para fines de presentación de informes a agencias gubernamentales, reguladoras y de financiación. Esta información se mantiene estrictamente confidencial.

Etnicidad \_\_\_\_\_ Hispana \_\_\_\_\_ No hispano

Carrera

\_\_\_\_\_ caucásico (blanco)

\_\_\_\_\_ asiático

\_\_\_\_\_ Negro/Afroamericano

\_\_\_\_\_ Indio americano o nativo de Alaska

\_\_\_\_\_ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico

\_\_\_\_\_ Otro

## Programas de educación temprana de Bayfield

### CÓDIGO DE SEGURIDAD y LIBERACIÓN DE NIÑOS

Nombre del niño \_\_\_\_\_

Bajo ninguna circunstancia se entregará un niño a ninguna persona sin autorización de los padres o tutores.

#### INFORMACIÓN IMPORTANTE:

- La(s) persona(s) que recojan a un niño deben tener 18 años (incluidos los hermanos).
- Los códigos de seguridad solo se entregan a los padres/tutores y personas autorizadas. Una persona autorizada es alguien a quien usted asigna en la tabla a continuación. Solo las personas en este formulario con un código tienen autorización para ingresar al edificio BEEP y recoger un niño. SIN EXCEPCIONES.
- Los códigos no se pueden entregar a personas no autorizadas. Se produce una violación de seguridad cuando los padres entregan su código a alguien no autorizado a recoger a su hijo. Si esto sucede, se cancelará el código actual del padre o la madre y se emitirá uno nuevo. Se emitirá un código. Se aplicará un cargo por procesamiento de \$50.00.

#### PLAN DE RESPALDO:

Se recomienda que los padres/tutores tengan un plan B en caso de emergencia. Creen un plan B solicitando a las personas autorizadas en este formulario que recojan a su hijo. Pídale que seleccionen un número de cuatro dígitos y lo escriban en la tabla a continuación.

#### CIRCUNSTANCIA ESPECIAL: Si

surge una circunstancia especial en la que ni el padre/tutor ni las personas autorizadas en este formulario pueden recoger a un niño, haga lo siguiente:

1. Llamar a la escuela e informar al maestro del niño.
2. Proporcione al maestro el nombre de la persona que está autorizando a recoger a su hijo. (Se requerirá una identificación con foto para verificar) (Nombre que dan los padres.)
3. La persona deberá presionar el timbre en la puerta del vestíbulo o llamar al 970-884-7137 y hablar directamente con el maestro. Hay una cámara en vestíbulo y monitores en las aulas que muestran quién está en la puerta.
4. El maestro vendrá a la puerta, verificará la identificación, luego permitirá que la persona ingrese al edificio y le entregará a su hijo.

#### INFORMACIÓN DE AUTORIZACIÓN Y CÓDIGO DE SEGURIDAD para Niños

¡Los códigos no pueden comenzar con cero!

Padre/Tutor:	Teléfono:	Código (4 dígitos)
Padre/Tutor:	Teléfono:	Código (4 dígitos)
Persona autorizada:	Teléfono:	Código (4 dígitos)
Persona autorizada:	Teléfono:	Código (4 dígitos)

\_\_\_\_\_  
Firma de autorización

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso de la firma de autorización

**Nota: Es legal que cualquiera de los padres recoja a un niño a menos que tengamos una copia de una orden judicial que restrinja las visitas.**

## Programas de educación temprana de Bayfield

Autorización de transferencia electrónica de fondos para **cuentas bancarias y tarjetas de crédito**

Por la presente, autorizo (autorizamos) a Bayfield Early Education Programs, Inc. (nombre de la empresa) a realizar cargos a la tarjeta de crédito indicada a continuación (Sección A) O a realizar débitos a mi (nuestra) cuenta corriente o de ahorros, indicada a continuación (Sección B). Para que la cancelación de este acuerdo se efectúe correctamente, debo (debemos) notificar por escrito con 10 días de anticipación. Socios de la cooperativa de crédito: por favor, contacten con su cooperativa de crédito para verificar los números de cuenta y de ruta para pagos automáticos. Las tarjetas de crédito aceptadas son Débito, Visa, Mastercard y Discover.

Nombre del niño \_\_\_\_\_

## COMPLETE SOLO UNA SECCIÓN

Sección A (Tarjeta de crédito)

**Información de la tarjeta**

Tipo de tarjeta \_\_\_\_\_

tarjeta MasterCard

Descubrir

VISA

Débito

Titular de la tarjeta (nombre en la tarjeta) \_\_\_\_\_

Número de tarjeta \_\_\_\_\_

Fecha de expiración \_\_\_\_\_

(MM/AAAA)

Código postal \_\_\_\_\_

(Desde la dirección de facturación de la tarjeta de crédito)

Número CVV \_\_\_\_\_

Sección B (Cuenta bancaria)

**Cuenta bancaria** Adjunte aquí un cheque anulado

Su nombre \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Cuentas

Nombre del banco o cooperativa de crédito \_\_\_\_\_ Dirección del banco o cooperativa de crédito Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Cuentas

Número de tránsito de ruta \_\_\_\_\_ Número de cuenta \_\_\_\_\_ De cheques \_\_\_\_\_ Ahorros \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Titular de la tarjeta/Firma autorizada\_\_\_\_\_  
FechaSólo para uso oficial  
Fecha de recepción\_\_\_\_\_  
Firma de la administración

## FORMULARIO DE EVALUACIÓN GENERAL DE SALUD

Devolver a BEEP una vez

completado por el

médico.

beepreschool1@gmail.com

PADRE

Por favor complete, feche y FIRME.

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Alergias: Ninguna  O Enumere los alimentos/medicamentos: \_\_\_\_\_Dieta:  Amamantado  Edad apropiada. Descripción especial: \_\_\_\_\_ Se puedenProtección de la piel:  aplicar protectores solares/cremas según lo soliciten los padres por escrito, a menos que la piel esté lastimada o sangre.

Sueño: Su proveedor de atención médica recomienda que todos los bebés menores de 1 año sean colocados boca arriba para dormir.

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo al profesional de la salud de mi hijo/a a compartir este formulario y los documentos adjuntos con la escuela, guardería o campamento de mi hijo/a. Información de contacto de la persona que recibirá este formulario: Nombre: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Andrea Foutz, Administración. Correo electrónico: beepreschool1@gmail.com

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

PROVEEDOR DE ATENCIÓN SANITARIA

Complete después de haber completado la sección para padres.

Fecha de la evaluación de salud más reciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Examen físico: Normal  Anormal  describa: Alergias: \_\_\_\_\_Ninguna  O Enumere los alimentos/medicamentos: \_\_\_\_\_ Tipo de reacción \_\_\_\_\_Medicamentos actuales: Ninguno  O Enumere: \_\_\_\_\_ Se

requiere un formulario de autorización de medicamentos por separado (enlace) para los medicamentos administrados en la escuela, la guardería o el campamento. Dieta actual: Amamantado  Apropriado para la edad  Especial - describa: \_\_\_\_\_

Se requiere una declaración dietética separada (enlace) para los alimentos proporcionados en la escuela, la guardería o el campamento.

Preocupaciones de salud: Alergias graves  Asma  Convulsiones  Diabetes  Hospitalizaciones  Preocupaciones de comportamiento Retraso en el desarrollo  Visión  Audición  Salud bucal  Bajo peso  o sobrepeso  Otros:  \_\_\_\_\_

Explique las inquietudes anteriores (si es necesario, incluya instrucciones para los proveedores de atención): \_\_\_\_\_

Vacunas: Consulte el registro de vacunación adjunto o el formulario de exención oficial. Próxima fecha de vacunación: \_\_\_\_\_

PROVEEDOR DE ATENCIÓN SANITARIA

Por favor, complete si corresponde. Esta información es requerida por los programas Early Head Start y Head Start según el programa estatal de EPSDT.

Altura: \_\_\_\_\_ Presión arterial: \_\_\_\_\_ Circunferencia de la cabeza (hasta 12 meses): \_\_\_\_\_ HCT/HGB: \_\_\_\_\_

Nivel de plomo: No hay riesgo  O Nivel de plomo: \_\_\_\_\_ TB: No hay riesgo  O Resultado de la prueba: Normal  Anormal Exámenes realizados: Visión: Normal  Anormal  Audición: Normal  Anormal  Salud bucal: Normal  Anormal  Prueba de desarrollo: ASQ  PEDS  Otro:    \_\_\_\_\_

Preocupaciones de desarrollo: \_\_\_\_\_ Seguimiento recomendado: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROVEEDOR

Próxima visita de control: según las pautas de la AAP\* o edad: \_\_\_\_\_

Este niño está sano y puede participar en todas las actividades habituales de la escuela, la guardería o el campamento. Cualquier inquietud o excepción se indica en este formulario.

Firma del proveedor de atención médica (formulario de certificación revisado)

Fecha

\*La AAP recomienda visitas de control para niños sanos a los 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 y 30 meses, y anualmente después de los 3 años.

SELLO DE OFICINA

O escriba Nombre, Dirección, Número de Teléfono, Correo Electrónico