

YWCA Kindergarten Academic Preparation Program (KAPP) "PowerUP" 2022 Summer Program Application Form

June 13th - July 22th (8:00 a.m. - 12:30 p.m.)

Child's full name: _____

DOB: _____ Age: _____ Sex: _____ Phone: _____

Address: _____ Apt. # _____ Zip: _____

KAPP Summer Application KAPP (Kindergarten Academic Preparation Program) "Power UP" is a six-week summer program that is offered to excite and encourage students and families to prepare for kindergarten while learning new skills required of in-coming kindergarteners!

The KAPP "PowerUP" program is provided by YWCA Northeast Kansas, funded by the United Way of Greater Topeka, and in partnership with Topeka Public Schools. The program is free and provides breakfast and lunch. Students with little-to-no preschool experience will have the first opportunity to participate. Students who may have attended pre-school but whose attendance may have been disrupted due to circumstances beyond their control, or who believe their child may have other factors that have delayed their kindergarten readiness, will also be considered. Available KAPP spots will be filled first according to need and qualifications, then on a first-come basis.

YWCA KAPP "PowerUP" summer kindergarten academic prep program is offered daily beginning June 13th and ends on July 22th, 8:00 a.m. until 12:30 p.m.. KAPP enrollment questions may be directed to Rebecca (or Becky) Trapp-Márquez (rmarquez@tps501.org) or at 785-235-7131 (office)

*Very limited bussing is available.



The KAPP "PowerUP" program is provided by YWCA Northeast Kansas, funded by the United Way of Greater Topeka, and in partnership with Topeka Public Schools. The program is free and offers breakfast and lunch.

IMPORTANT: There will be NO KAPP program on June 20, July 1, July 4, July 15

Daily attendance is expected to maximize your student's academic success.

Parent/Guardian Name: _____ **Home phone:** _____

Cell phone: _____ **Work phone:** _____ **Ext.:** _____

E-mail: _____ **Residential address:** _____

Parent/Guardian Name: _____ **Home phone:** _____

Cell phone: _____ **Work phone:** _____ **Ext.:** _____

E-mail: _____ **Residential address:** _____



Return completed applications to Williams Elementary

Attention: Rebecca (or Becky) Trapp-Márquez (rmarquez@tps501.org) or at 785-235-7131 (office)

Transportation

Bus transportation before and after KAPP "PowerUP" will be very limited to specific geographic locations. Bus pick up and drop off times will be determined. If bus transportation is not available, families will need to arrange their own daily transportation.

Drop off/Pick up: Drop off will be from 8:00-8:15am daily. THERE WILL BE NO SUPERVISION BEFORE 8:00AM. STUDENTS ARE **NOT** TO BE DROPPED OFF BEFORE 8:00AM. Pick up daily is no later than 12:30 pm. If students are not picked up in a timely manner, we will begin calling emergency contacts. If no one comes to pick up the child, emergency services will be called.

(check one)

I or another authorized adult will provide transportation to and from **Williams Elementary** for KAPP "Power UP".

I would like bus transportation. If provided, I or another authorized adult will be present at the bus stop location at drop off to receive my child off the bus in a timely manner.

If approved for a bus pick-up/drop-off my child may be picked up from the following address/daycare

_____ in the morning

_____ in the afternoon

The receiving adult's name and telephone number are: _____

List others who may provide transportation for your child and who may be contacted in the event of an emergency. Please provide at least 2 contacts, **other than parents**, who reside in the Topeka area.

*Photo identification is required and must be shown before the child is released from the school.

Emergency Contact authorized to pick-up the child.

Name: _____ Relationship to Child: _____

Address: _____ Zip: _____

Phone: _____ Cell Phone: _____ Work Phone: _____

Second Emergency Contact authorized to pick up the child.

Name: _____ Relationship to Child: _____

Address: _____ Zip: _____

Phone: _____ Cell Phone: _____ Work Phone: _____

Health Information

My child's health can be described as: _____.

Name of Child's Doctor: _____ Date of Child's Last Exam: _____.

What kind of health coverage do you have? Medicaid Health wave Private None

Does your child have any food allergies? If so, please list. _____.

Does your child have any other allergies? If so, please explain _____

Is your child currently taking any prescription medication? Yes No. If yes, please list type, condition, and time of day given. _____

Does your child have OR has your child had any of these conditions? If so, please check all that apply.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sickle cell anemia | <input type="checkbox"/> Congenital Heart disease | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Oral/dental problems | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Intestinal problems |
| <input type="checkbox"/> Inadequate diet | <input type="checkbox"/> Head Injury | <input type="checkbox"/> Lead poisoning |
| <input type="checkbox"/> Ear Infections | <input type="checkbox"/> Convulsions/Seizures | <input type="checkbox"/> Skin Problems, eczema |
| <input type="checkbox"/> Chicken pox | | |
| <input type="checkbox"/> Other health conditions (please explain) | _____ | |

If your child attends school this fall, a physical and current immunization (shot) records are required prior to beginning school in August. We, therefore, encourage you to address these needs ASAP. Additional resources will be provided through KAPP to help families address their student's health needs.

Available KAPP spots will be filled first according to need and qualifications, then on a first come basis.

I certify that ALL the information (in the entire application) I have given is true and if any part is false, my participation in this summer program may be terminated.



Signature: _____

Date: _____

Permission

My child has permission to:

Have their picture taken for publicity and/or school purposes ____ yes ____no

To have their art work displayed to promote KAPP "Power UP" ____ yes ____no

Your Child's Information File

Your child's KAPP "PowerUP" file is kept at **Williams Elementary** during the summer program and will be forwarded to the receiving school in the fall.

The following people will have access to your child's file:

- KAPP "PowerUP" Program coordinator
- School Social Worker
- School Principal or Assistant Principal
- Teachers
- YWCA group leaders and administrative staff
- State Officials such as United States Department of Agriculture, United Way of Greater Topeka
- Program evaluator and auditor

Only with signed parent consent will we share information with authorized agencies or person(s) other than those listed above.

School Preference

(check one)

____ I am okay with my child going to school in-person

____ I am okay with my child going to school in-person but if it is available I would rather them learn remotely through Zoom.

____ I only want my child to learn remotely (via zoom)

Statistical Information

KAPP “PowerUP” is funded by United Way of Greater Topeka. Answering the following questions is voluntary and helps YWCA Northeast Kansas continue to provide this type of programming at minimal cost to families. Please consider completing the section below. This information is kept confidential.

Caregiver/Parent Information:

First Name _____ Last Name _____

Date of Birth _____ Is this the primary caregiver? ___yes ___no

(If NO, what is your relationship to the PRIMARY CAREGIVER?) _____

Address _____

City _____ State _____ Zip _____

Ethnicity _____ Hispanic/Latino/Spanish Origin _____ Non-Hispanic/Latino/Spanish Origin

Race _____ African American/Black _____ American Indian/Alaskan Native
_____ Asian _____ Native Hawaiian/Other Pacific Islander
_____ Caucasian/White _____ Other

Education Level

_____ In Highschool _____ Highschool Age, not enrolled
_____ Less than Highschool Diploma _____ GED
_____ Some College/Training _____ Technical Training/Certificate/Associates
_____ Bachelor Degree or Higher

Employment Status

_____ Employed Full-Time _____ Employed Part-Time
_____ Not Employed

Marital Status

_____ Never Married _____ Married
_____ Divorced _____ Widowed

Does this caregiver speak a language other than English in the home _____ yes _____ no

Caregiver Primary Language _____

Programa de Preparación Académica para Kindergarten (KAPP) "PowerUP"

2022 Formulario de Solicitud para el programa de verano

Junio 13 - Julio 22 (8:00 a.m. - 12:30 p.m.)

Nombre completo del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Apt. # _____ Código postal: _____

Solicitud de verano de KAPP KAPP (Programa de preparación académica para jardín de infantes) "Power UP" es un programa de verano de seis semanas que se ofrece para entusiasmar y alentar a los estudiantes y las familias a prepararse para el jardín de infantes mientras aprenden nuevas habilidades requeridas para los niños que ingresan al jardín de infantes.

El programa KAPP "PowerUP" es proporcionado por YWCA Northeast Kansas, financiado por United Way of Greater Topeka, y en asociación con las Escuelas Públicas de Topeka. Los estudiantes con poca o ninguna experiencia preescolar tendrán la primera oportunidad de participar. También se considerarán los estudiantes que hayan asistido a preescolar pero cuya asistencia haya sido interrumpida debido a circunstancias fuera de su control, o que crean que su hijo puede tener otros factores que hayan retrasado su preparación para el jardín de infantes. Los lugares disponibles de KAPP se cubrirán primero de acuerdo con la necesidad y las calificaciones, y luego por orden de llegada. **El programa de preparación académica de jardín de infantes de verano "PowerUP" de YWCA KAPP se ofrece todos los días a partir del 13 de junio y finaliza el 22 de julio, de 8:00 am a 12:30 pm.**

Las preguntas sobre la inscripción en KAPP pueden dirigirse a Rebecca (o Becky) Trapp-Márquez (rmarquez@tps501.org) o 785-235-7131 (oficina)

IMPORTANTE: No habrá programa KAPP 20 de Junio, 1 de Julio, 4 de Julio, 15 de Julio

*Hay transporte limitado muy disponible.

*Se espera que la asistencia diaria maximice el éxito académico de su estudiante.



KAPP "PowerUP" "Se proporciona a través de United Way Grant en colaboración con YWCA Northeast Kansas y las Escuelas Públicas de Topeka. El programa es gratuito y ofrece desayuno y almuerzo.

Nombre del Padre / Guardián: : _____ Teléfono de casa: _____

Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____ Ext. _____

Correo electrónico: _____ Dirección residencial: _____

Nombre del Padre / Guardián: : _____ Teléfono de casa: _____

Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____ Ext. _____

Correo electrónico: _____ Dirección residencial: _____



Certifico que TODA la información (en toda la solicitud) que he proporcionado es verdadera y, si alguna parte es falsa, mi participación en este programa de verano puede finalizar.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Devuelva las solicitudes completas a Williams Elementary Atención: Rebecca (o Becky)

Trapp-Márquez (rmarquez@tps501.org) o 785-235-7131 (oficina)

Transporte

El transporte de autobús antes y después de KAPP "Power UP" se limitará a ubicaciones geográficas específicas. Se determinarán los tiempos de recogida y bajada del autobús. Si el transporte en autobús no está disponible, las familias tendrán que tener su propio transporte diario.

Dejada / Recogida: La entrega será de 8: 00-8: 15 am todos los días. NO HABRÁ SUPERVISIÓN ANTES DE LAS 8:00 AM. LOS ESTUDIANTES NO DEBEN SER DEJADO ANTES DE LAS 8:00 AM. La recogida diaria es no más tarde de las 12:30. Si los estudiantes no son recogidos de manera oportuna, comenzaremos a llamar a los contactos de emergencia. Si nadie viene a recoger al niño, los servicios de emergencia serán llamados.

(marque uno)

_____ Sí _____ No el transporte no está disponible a mi domicilio, yo u otra persona autorizada proporcionará el transporte hacia y desde **Williams Elementary** para KAPP.

Me gustaría el transporte en autobús. Sí se proporciona, yo u otro adulto autorizado estaremos presentes en el ubicación de la parada de autobús en el lugar de entrega para recibir a mi hijo del autobús de manera oportuna.

Si se aprueba la recogida / devolución del autobús, se puede recoger a mi hijo en la siguiente dirección / guardaría

_____ por la mañana

_____ por la tarde

El nombre y número de teléfono del adulto receptor son _____

Proporcione por lo menos 2 contactos, distintos de los padres, y que residan en el área de Topeka.

*Se requiere identificación fotográfica y se debe mostrar antes de que el niño se valla de la escuela.

Contacto de emergencia autorizado para recoger el niño.

Nombre: _____ Relación a el niño: _____

Dirección: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Segundo Contacto de emergencia autorizado para recoger el niño.

Nombre: _____ Relación a el niño: _____

Dirección: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Información de salud

La salud de mi hijo se puede describir como: _____

Nombre del médico de niño: _____ Fecha del último examen del niño: _____.

¿Que tipo de cobertura de salud tiene? Medicaid Health wave Privado Ninguno

¿Su hijo tiene alguna alergia a los alimentos? Si es así, por favor liste. _____

¿Tiene su hijo alguna otra alergia? Si es así, por favor explique _____

_____.

¿Su hijo actualmente está tomando algún medicamento recetado? Sí No.

Si es así, por favor indique el tipo, condición y hora del día. _____

¿Su hijo tiene O a tenido su hijo alguna de estas condiciones? Si es así, marque todas las que correspondan.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia falciforme | <input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Problemas orales y dentales | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas intestinales |
| <input type="checkbox"/> Dieta inadecuada | <input type="checkbox"/> Lesión craneal | <input type="checkbox"/> Envenenamiento por plomo |
| <input type="checkbox"/> Infecciones del Oído | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Problemas de la piel, eccema |
| <input type="checkbox"/> Varicela | | |
| <input type="checkbox"/> Otras condiciones de salud (explique) | _____ | |

Entiendo que si mi hijo asiste a KAPP "Power UP", debe tener una inmunización física y actual antes de comenzar el programa. Los animamos a que se ocupe de estas necesidades lo más antes posible. Sólo los niños que cumplan con estos requisitos podrán asistir al programa de verano. Las franjas horarias disponibles se llenarán primero de acuerdo a las necesidades y calificaciones.

Los puestos KAPP disponibles se llenarán primero de acuerdo con las necesidades y calificaciones, luego por orden de llegada.

Certifico que TODA la información (en toda la solicitud) que he proporcionado es verdadera y, si alguna parte es falsa, mi participación en este programa de verano puede finalizar.

Firma: _____

Fecha: _____



Permiso

Mi hijo tiene permiso de:

Tener su fotografía tomada para fines publicitarios y / o escolares. _____ sí _____ no

Tener su trabajo de arte mostrado para promover KAPP "PowerUP" _____ sí _____ no

Archivo de información de su hijo

El archivo "Power UP" de KAPP de su hijo se conserva en Williams Elementary durante el programa de verano y se enviará a la escuela de recepción en el otoño.

Las siguientes personas tendrán acceso al archivo de su hijo:

- *Coordinador del programa "PowerUP" de KAPP
- *Trabajador Social de la Escuela Director de la escuela o subdirector
- *Maestros
- *Líderes y personal administrativo de la YWCA
- *Funcionarios estatales como el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, United Way of Greater Topeka
- * Evaluador y auditor del programa

Solo con el consentimiento firmado de los padres compartiremos la información con agencias o personas a autorizadas que sean mencionado anteriormente.

Preferencia de escuela

(marque uno)

_____ Estoy bien con mi hijo yendo a la escuela en persona

_____ Estoy de acuerdo con que mi hijo vaya a la escuela en persona, pero si está disponible, prefiero que aprendan de forma remota a través de Zoom.

_____ Solo quiero que mi hijo aprenda de forma remota (a través del zoom)

Información Estadística

KAPP "PowerUP" es proporcionado por United Way of Greater Topeka. Responder a las siguientes preguntas ayudará YWCA Northeast Kansas de seguir proporcionando este tipo de programación a un costo mínimo para las familias. Esta información se mantiene confidencial.

Información del Cuidador/ Padre:

Nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento _____ ¿Es este el principal cuidador del niño? ___sí ___no

(Si NO, ¿cuál es su relación con el CUIDADOR PRIMARIO?) _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Etnicidad _____ Origen Hispano / Latino / Español _____ Origen no Hispano / Latino / Español

Raza _____ Afroamericano / Negro _____ Indio Americano / Nativo de Alaska
_____ Asiático _____ Nativo de Hawai / Otras islas del Pacífico
_____ Caucásico / Blanco _____ Otro

Nivel de Educacion

_____ Escuela secundaria _____ Edad de preparatoria, no inscrito
_____ Menos de Diploma de Secundaria _____ GED
_____ Un poco de estudio universitario/formación _____ Formación Técnica / Certificado
_____ Licenciatura o superior

Estado de Empleo

_____ Empleado de tiempo completo _____ Empleado a tiempo parcial
_____ Desempleado

Estado Civil

_____ Nunca casado _____ Casado
_____ Divorciado _____ Viudo

¿Este cuidador habla un idioma distinto del inglés en el hogar? _____ sí _____ no

Idioma principal del cuidador _____

Información del hogar

Número de personas en el hogar (Incluya a todos) _____

Número de niños en el hogar _____

Ingreso anual total del hogar (marque uno)

___ menos de \$9,999 ___ \$10,000-19,999 ___ \$20,000-29,999 ___ \$30,000-39,999

___ \$40,000-49,999 ___ \$50,000-59,999 ___ \$60,000-69,999 ___ \$70,000-79,999

___ \$80,000-89,000 ___ \$90,000-99,999 ___ mas de \$100,000

Información del niño

Número de semanas prematuro _____

Relación del niño al cuidador principal _____

¿Tiene el niño un IEP o IFSP? _____ IEP _____ IFSP _____ Ninguno

Sexo del niño _____ Masculino _____ Femenino _____ Prefiero no contestar

Origen étnico del niño _____ Hispano / latino _____ No hispano / latino

Raza del Niño

_____ Afroamericano / Negro _____ Indio Americano / Nativo de Alaska

_____ Asiático _____ Nativo de Hawai / Otras islas del Pacífico

_____ Caucásico / Blanco _____ Otro

Lenguaje primario del niño _____

¿Este niño participa en la Parte B Asistencia para la Educación de Todos los Niños con Discapacidades?

_____ sí _____ no

¿Este niño participa en los servicios de intervención temprana de la Parte C?

_____ sí _____ no