



# Programa Cool para antes y después del día escolar

Acuerdo del Plan de Pago para el año escolar 2021-2022



**\*\*Para establecer un plan de pago es necesario tener una tarjeta de crédito / debito en archivo para que automáticamente se realice el pago cada mes\*\***

El beneficiario acepta las siguientes tarifas que serán cargadas y cobradas a su tarjeta de crédito registrada en su archivo en el Cuenta de Pago. Los pagos mensuales se retiran de la cuenta del usuario el día 20 de cada mes antes de proporcionar los servicios de cuidado. Aviso: No prorratemos o reembolsamos las tarifas debido a días de clima severo durante el invierno.

**Lugar al que asiste su(s) hijo(s) (por favor, circule un lugar):**

- BANTING (3410)
- BETHESDA(3420)
- HAWTHORNE(3430)
- HEYER(3440)
- HILLCREST (3490)
- PRAIRIE (3450)
- LOWELL(3480)
- ROSE GLEN (3470)
- WHITTIER (3415)

Nombre del padre de familia / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del padre de familia / tutor: \_\_\_\_\_

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

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Telefono del trabajo: \_\_\_\_\_ Telefono de la casa: \_\_\_\_\_

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

**Nombre(s)/Información del participante en el programa:**

Niño(a)#1 Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Niño(M)/Niña(F): \_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Niño(a)#2 Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Niño(M)/Niña(F): \_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Niño(a)#3 Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Niño(M)/Niña(F): \_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Niño(a)#4 Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Niño(M)/Niña(F): \_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**Información de pago:**

**Para cumplir con PCI, no se nos permite aceptar información escrita de tarjetas de crédito en ningún documento. Para configurar su cuenta de pago almacenada electrónicamente, deberá proporcionar la información de su tarjeta de crédito a través de su cuenta en línea, por teléfono o en persona. Aceptamos Visa, MasterCard, Discover y American Express.**

**Autorización para participar y para Tratamiento Médico en caso de Emergencia:** Yo, como participante o padre de familia / tutor legal del niño(s) arriba mencionado, por la presente doy permiso para su participación en la(s) actividad(es) seleccionada(s). Además, autorizo sin mi previa aprobación la prestación de cualquier tratamiento médico de emergencia que pueda ser necesario debido a su participación en la(s) actividad(es).

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

Por favor, seleccione el cuidado necesario para cada mes. El pago del servicio del mes de septiembre (a la derecha) se debe pagar en el momento de la inscripción. El pago de los meses restantes (al dorso del formulario) se cargan el día 20 del mes anterior al servicio. Si necesita actualizar su información de pago durante el año escolar, puede hacerlo a través de nuestro sistema de registro en línea, por teléfono (262-524-3737) o personalmente en nuestra oficina principal (1900 Aviación Dr., Waukesha)

SEPTIEMBRE				# de	Sub-Total
9/1-9/30 (21 días)					
Antes	.100	\$126.00	x	=	
Después	.110	\$157.50	x	=	
<b>Total a pagar en el momento de la inscripción = \$</b>					

Por favor, tenga en cuenta que: WPRF implementará un nuevo software de registro a partir del mes de octubre del 2021. Para aquellos que usan el plan de pago y las cuentas de pago, el registro en sí se transferirá, sin embargo, la información de la cuenta de pago no. Los usuarios deberán ingresar nuevamente la información de la cuenta de pago, una vez que se haya implementado el nuevo software. WPRF se comunicará con usted por correo electrónico y / o teléfono para informarle de la fecha de transición y para solicitar que vuelva a ingresar su información de pago, ya sea a través del nuevo sistema en línea o por teléfono. Si tiene preguntas, envíe un correo electrónico a prf@waukesha-wi.gov o llame al 262-524-3737.





# REGISTRATION FORM – MAIL/DROP-OFF/EMAIL

Mail/Drop-off to: Waukesha Parks, Recreation, & Forestry Dept., 1900 Aviation Drive, Waukesha, WI 53188  
 Email to: prf@waukesha-wi.gov (Make additional copies of this form as needed)

Please print and fill out form completely.

This registration form is to be used for single month registration only (submitted by mail, email, or in person)

## 1 Registering Adult (Parent or Guardian)

Payee Name \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_  
(Last name, first name)  
 Home Phone \_\_\_\_\_ Work/Day Phone \_\_\_\_\_ Cell-Phone \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
 Date of Birth \_\_\_\_\_ Gender: M F Emergency Contact & Relationship \_\_\_\_\_ Emergency Contact Phone \_\_\_\_\_  
(Month, Day, Year)  
 Special Considerations (medications, disabilities, etc.) \_\_\_\_\_  Please check if special accommodations are required.  
 If more than one parental home or other special circumstance, give name, address, home/work phone : \_\_\_\_\_

## 2 Fill in programs for each participant in your immediate household ONLY!

						YOUTH SPORTS ONLY!		
Participant Name(s) <small>(Last name, first name)</small>	Code	Activity Name	Date of Birth	Grade '21-'22	Gender M/F	School Attended '21-'22	T-Shirt Size	Fee
1								\$
2								\$
3								\$
4								\$
5								\$

## 3 Authorization to participate and for Emergency Medical Treatment

I, as participant or parent/legal guardian of the above named child, hereby give permission for his/her/my participation in the above listed activity(ies). I further authorize, without my prior approval, the rendering of any emergency medical treatment that may be necessary due to his/her/my participation in the activity(ies).

Sub-Total	\$ _____
Credit From Account	\$ _____
"Round Up" *	\$ _____
<b>Total Amount</b>	<b>\$ _____</b>

Participant/Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## 4 Volunteer Information

I am willing to volunteer: (please circle)  
 Coaching    Assistant Coaching  
 Other: \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_  
 Relationship: \_\_\_\_\_

\* Round Up Program  
 Rounding up your activity fee helps us provide financial assistance to individuals and families in need.

## 5 Payment Information: Make checks payable to WPRF

Cash     Check/Check# \_\_\_\_\_     \*Credit Card  
 (MasterCard, VISA, Discover, American Express)

\*If paying by credit card: Once the form is received and processed an emailed response will be sent indicating payment is ready to be accepted via phone. Upon receipt, you will have three (3) business days to call the office with payment. If you do not pay within that time frame your registration will be removed from the system and you will have to re-submit, or you are welcome to register online.

## 6 Any Service Improvement Suggestions?

7 I wish to receive an emailed WPRF Monthly Newsletter.     Yes     No

Receipt ID _____	Rcvd via:    Mail    Drop Box
Date Rcvd: _____/Date Processed: _____	(circle one)    In Person    Fax    Email