



Holy Name of Jesus Catholic School 2022-2023 Tuition & Fee Information

By signing below I acknowledge that I know the tuition and fees for the 2022-23 school year BEFORE financial aid. I also know that any financial aid awarded will only apply to tuition.

Parents/Guardians:

Address:

City:

State:

Zip:

Home Phone:

Tuition Rates:

Grade	1 Child	2 Children	3 Children
K-8	\$4250	\$ 8500	\$ 12,750
Preschool	\$4878	\$9,756	\$14,634

**Tuition Assistance is not available for Preschool students.*

Fees:

Enrollment Fee

Resource Fee

Enrollment Fee	PER STUDENT
March 1 st – April 30 th	\$30
May 1 st – August 31 st	\$60

Resource Fee	
1 student	\$180
2 or more students	\$255

FACTS Fees

FACTS Grant & Aid	\$30
FACTS Tuition Management	\$43

**** If you choose to withdraw from Holy Name these fees are non-refundable.**

Signature:

Date:



Evaluación de Donación y Asistencia

FACTS hace la calidad de educación asequible para familias por medio de asistir a las escuelas con la asignación de ayuda financiera. Trabajamos con las escuelas para crear una solicitud personalizada y coleccionar datos financieros para que las escuelas puedan tomar decisiones precisas basadas en la necesidad económica.

Para establecer su plan de pagos, visite la página web de su escuela y haga clic al enlace de FACTS.

Al completar su solicitud en línea, usted necesitara subir los documentos requeridos.

Se requieren los siguientes documentos para completar el proceso de solicitud:

- Declaración de Impuestos Federales del IRS, incluyendo todos los formularios respaldantes (el año de la declaración de impuestos depende de los requisitos de la escuela). Si el solicitante y el co-solicitante declaran por separados, requerimos ambas declaraciones de impuestos para el mismo año.
- Copias de todas las más recientes W-2 Wage and Tax Statements para el solicitante y el co-solicitante.
NOTA: Si está solicitando antes de recibir todas las más recientes W-2 Wage and Tax Statements, por favor sométalas tan pronto sean disponibles.
- Copias de todos los formularios respaldantes si tiene ingresos/pérdidas de cualquier de los siguientes:
Negocio - Envíe Formulario(s) y la Forma 4562 Depreciación y Amortización
Hacienda - Envíe Formulario(s) y la Forma 4562 Depreciación y Amortización
Propiedad Rentable - Envíe Formulario(s)
Sociedad Anónima Pequeña (S) - Envíe Formulario(s), la Forma 1120S (5 páginas), el Formulario K-1, y la Forma 8825
Sociedad Colectiva (o de Personas) - Envíe Formulario(s), la Forma 1065 (5 páginas), el Formulario K-1, y la Forma 8825
Caudales Hereditarios y Fideicomisos - Envíe Formulario(s), la Forma 1041, y el Formulario K-1

IMPORTANTE: Si usted declara impuestos pero sus ingresos no son reportados en una Forma W-2 porque trabaja por su cuenta, se requiere someter la copia del año más reciente de su declaración de impuestos federales.

- Copias de toda documentación respaldante para ingresos no sujetos a impuestos como el Seguro Social, Asistencia Pública, Sostén de Menores, Estampillas de Alimento, Compensación al Trabajador, y Asistencia Temporal para Familias en Necesidad (TANF) recibidos en el hogar. Si usted no declara impuestos, se requiere documentación de ingresos no sujetos a impuestos.

Toda la documentación enviada por un solicitante se digitaliza apenas se recibe y luego se destruye por razones de seguridad.

Usted puede entrar en su cuenta de FACTS para verificar el estado de su solicitud. **Por favor permita dos semanas para el proceso de la solicitud antes de preguntar sobre la recepción y/o el estado de los documentos que subió en línea.** La fecha límite de la solicitud es establecida por la escuela o institución donando las becas. Si usted está solicitando después de la fecha límite establecida, por favor comuníquese con su escuela o institución para asegurar que su solicitud será aceptada.

Pago de la cuota no-reembolsable puede ser requerido antes de su solicitud ser sometida.

NOTA: Las decisiones sobre las donaciones otorgadas no son tomadas por FACTS, si no por la organización proveyendo la beca.

Holy Name Catholic School
Formulario de inscripción Familiar

Año escolar: _____ Apellido de la familia: _____

Marque: Nuevo o Familia que regresa

Familia Afiliación religiosa: _____ Parroquia: _____

Información de La Casa

Estado paterno: Casado Separado Divorciado Volvido a casarse Soltero Viudo/Viuda Otros

Estudiantes viven con: Madre Padre Madre/Padrastro Padre/Madrastra Abuelos Otro

Idioma que se habla en casa: Inglés Español Otro: _____

Escriba la dirección de las personas con quienes viven los estudiantes.

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Otro teléfono: _____

Correo electrónico _____ Excluir el correo electrónico del directorio escolar

Si la dirección de correo electrónico de la familia sería la misma que la dirección de correo electrónico del padre o la madre, deje este espacio en blanco.

Excluir a la familia del directorio de la escuela

Excluir la dirección del directorio de la escuela

Padre

Madre

Nombre: _____

Nombre: _____

Ocupación: _____

Ocupación: _____

Empleador: _____

Empleador: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono celular: _____

Excluir el celular del padre del directorio escolar

Excluir el celular de la madre del directorio escolar

Teléfono de Trabajo: _____

Teléfono de Trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Correo electrónico: _____

Excluir el correo electrónico del directorio escolar

Excluir el correo electrónico del directorio escolar

Religión: _____

Religión: _____

Otros niños que viven en este hogar

Nombre: _____ Edad: _____ Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Nombre: _____ Edad: _____

Otros adultos que viven en este hogar

Transporte

Indique a cualquier otra persona que pueda recoger a sus estudiantes.

Contactos de Emergencia

Enumere a las personas que pueden ser contactadas en caso de una emergencia si el padre/tutor no está disponible.

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre 2: _____ Teléfono 2: _____

Información Médica

Médico: _____ Teléfono: _____

Dentista: _____ Teléfono: _____

Hospital: _____

Si una segunda familia debe recibir información de la escuela, ingrese esa información a continuación.

Nombre: _____ Relación con el/los estudiante/s: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____ Teléfono: _____

Comentarios: Ingrese cualquier comentario adicional sobre su familia que crea que la escuela debería tener. _____

Firma del Padre _____ Fecha _____

Solo para uso de oficina:

Fecha de recepción: _____ Cuota pagada: _____

Recibida por: _____ Cheque # _____ Efectivo _____

Holy Name Catholic School
Formulario de Inscripción del Estudiante

Año escolar: _____ Nuevo o Estudiante actual, Grado en el que se inscribe: _____
Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____
Nombre preferido: _____ Apellido de la familia: _____
 Masculino Femenino Fecha de nacimiento: _____
Católico: Sí No Ciudad y estado de nacimiento: _____
Vive con: Ambos padres Madre Padre Madre / padrastro Padre / madrastra
 Abuelos Otro _____

Las pautas federales requieren que registremos la raza / origen étnico de cada niño. Debe responder a la siguiente pregunta y luego indicar su raza. El hispano se considera una etnia y no un grupo racial. Si es de origen hispano, también debe seleccionar un grupo racial.

¿Es usted hispano / latino o de origen español? Sí No

Seleccione uno o más de los siguientes grupos raciales:

Indio americano / nativo de Alaska Asiático Negro / afroamericano Nativo de Hawái / de las Islas del Pacífico Blanco

Escuela anterior a la que asistió: _____

Escuela de primaria pública y área del distrito: _____

¿Tiene este estudiante un IEP? Sí No En caso afirmativo, necesitaremos una copia para nuestros registros.

Información médica:

Medicamentos que toma este estudiante: _____

Enumere los problemas de salud de este estudiante aquí: _____

Enumere las alergias de este estudiante: _____

¿Podemos darle Tylenol a este estudiante? Sí o No Advil? Sí o No Midol? Sí o No
Benadryl? Sí o No TUMS? Sí o No ¿

Podemos darle medicamentos recetados a este estudiante? Sí o No (El personal de la escuela debe tener el consentimiento de los padres y la orden de un médico para dispensar medicamentos. El nombre del niño y la dosis deben estar en el frasco de prescripción.)

Comentarios: Ingrese aquí cualquier comentario adicional sobre este estudiante.

Si el estudiante es católico, ingrese la siguiente información si no la ha enviado previamente.

Fecha de bautismo: _____	Parroquia: _____
Fecha de primera reconciliación: _____	Parroquia: _____
Fecha de primera comunión: _____	Parroquia: _____
Fecha de confirmación: _____	Parroquia: _____



Holy Name Catholic School

1007 Southwest Boulevard, Kansas City, KS
66103

P: 913.722.1032 F:918-722.4175

Release of Records

Student: First	M.I.	Last
School:	Current Grade:	DOB:

Please send the requested records by mail or fax to:

Holy Name Catholic School
1007 Southwest Boulevard
Kansas City, KS 66103

FAX: 913.722.4175

Holy Name Catholic School hereby request all of the following school records:

- Attendance
- Discipline
- Standardized Test Scores
- Report Cards
- Medical

Parent/Guardian Signature:	Date:
Principal Signature:	Date:

Love of God, Love of Neighbor, Love of Learning



**REGISTRO MÉDICO PARA TODOS LOS NIÑOS DE LAS GUARDERÍAS,
INCLUYENDO LOS PROPIOS NIÑOS DEL PROVEEDOR**

Los padres tienen que llenar el registro médico y el historial de vacunas de cada niño en una guardería con licencia. El registro médico, el historial de vacunas y la evaluación de salud del niño son transferibles cuando el niño se cambia a otra guardería con licencia.

Primer día del niño en la guardería _____ Nombre de la guardería _____

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____
Nombre Apellido Mes/día/año M/F

Información del padre/tutor

Nombre _____

Dirección del domicilio _____
Calle Ciudad Cód. postal

Teléfono de casa _____

Empleador _____

Teléfono del trabajo _____

Número de celular _____

Correo electrónico _____

Mejor modo de comunicarse _____

Información del padre/tutor

Nombre _____

Dirección del domicilio _____
Calle Ciudad Cód. postal

Teléfono de casa _____

Empleador _____

Teléfono del trabajo _____

Número de celular _____

Correo electrónico _____

Mejor modo de comunicarse _____

Personas autorizadas a recoger al niño o a notificar en caso de emergencia (diferente de los padres):

Nombre _____
Dirección _____
Teléfono _____

Nombre _____
Dirección _____
Teléfono _____

Médico del niño _____ Teléfono _____

Dentista del niño _____ Teléfono _____

Hospital de preferencia (para emergencias) _____

¿Su médico ha aprobado el uso de alguna medicina sin receta para su niño, tal como acetaminofén, jarabe para la tos, o pomadas que el personal de la guardería le puede dar? No Sí, aprobó lo siguiente: _____

Alguna alergia o condición médica del niño:

Algún cambio mayor en el hogar que podría afectar a su niño en la guardería:

Por favor, proporcione información adicional o instrucciones especiales que ayuden a la persona que cuida a su niño:

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Historial de vacunas

Requerido para todos los niños en la guardería, incluyendo los propios niños del proveedor. Se puede sustituir este formulario por un Certificado de Vacunas de Kansas (KCI, por sus siglas en inglés) y adjuntarlo al Registro médico que se ha llenado.

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____
 Nombre Apellido Mes/día/año

Sección I. Para obtener un cronograma recomendado de vacunas, refiérase al cronograma actual publicado por el Comité Consultivo de Prácticas de Vacunas (ACIP, por sus siglas en inglés).

Vacuna	Anote el mes, día y año en que se recibió cada dosis de vacuna					
	1 ^{ra}	2 ^{da}	3 ^{ra}	4 ^{ta}	5 ^{ta}	6 ^{ta}
Difteria, Tétanos, Tos convulsiva (DTaP)						
Poliomielitis (IPV/OPV)						
Sarampión, Paperas, Rubeola (MMR)						
Hepatitis B (HepB)						
Varicela (VAR)			Historial de la enfermedad:		Fecha de la enfermedad:	
			Firma del médico:			
Influenza Hemophilus Tipo B (Hib)						
Vacuna neumocócica conjugada (PCV)						
Hepatitis A (HepA)						
Rotavirus **Recomendada para menores de 8 meses de edad. No es obligatoria						
Influenza (gripe) ** Recomendada para mayores de 6 meses de edad anualmente. No es obligatoria						

Sección II.

Llene esta sección solamente si su niño está exonerado de la ley que requiere la vacunación [K.S.A. 65-508(g)].

Las dos siguientes opciones son las **ÚNICAS** exoneraciones que permite la ley. **Por favor, marque (A) o (B) en la parte inferior y llene tal como se requiere:**

(A) **Certificación de un médico licenciado declarando que la vacuna pondría en riesgo la vida del niño:**
 Exonerado de las siguientes vacunas:

____DTaP/DT ____Tdap/TD ____Sólo tos convulsiva ____Polio ____MMR ____HepA ____HepB ____Hib
 ____PCV ____Varicela ____Otra

Firma del médico (obligatoria): _____ Fecha: _____

(B) **Mi niño está exonerado de la ley que requiere la vacunación. Como padre o tutor legal, declaro que soy miembro de una denominación religiosa cuyas enseñanzas están opuestas al uso de las vacunas.**

Sección III.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Evaluación de salud del niño

El formulario de *Evaluación de salud del niño* debe ser llenado y firmado por un enfermero(a) aprobado por KDHE para llevar a cabo evaluaciones de salud a niños o por un médico licenciado. Si un médico asistente (PA, por sus siglas en inglés) llena la *Evaluación de salud del niño*, se requiere que se incluya la firma de un médico licenciado autorizando al PA, en la parte inferior de este formulario.

Se requiere que la *Evaluación de salud del niño* sea hecha en un formulario KDHE u otro formulario aceptable mencionado más adelante y que se le haga a todos los niños, incluyendo a los niños del proveedor(a) o del personal en las Guarderías en casa con licencia, Guarderías de grupo en casa con licencia, Guarderías con licencia y Centros pre-escolares con licencia. Son aceptables el formulario de evaluación «Kan-Be-Healthy» de KDHE, el formulario de evaluación de un médico y el formulario de evaluación de una escuela para los niños de edad escolar o menores. El formulario de evaluación de salud usado debe adjuntarse al formulario de Registro médico KDHE (CCL. 029).

Nombre del niño _____ **Fecha de nacimiento** _____
Nombre Apellido Mes/día/año

Historial de salud e información médica necesaria para llevar a cabo la rutina de la guardería y para emergencias (describa, si hay alguna): <input type="checkbox"/> Ninguna	¿Usted ve a este niño para su supervisión regular de salud?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alergia a alimentos o medicina (describa, si hay alguna): <input type="checkbox"/> Ninguna	
Enumere las medicinas actuales (si hay alguna): <input type="checkbox"/> Ninguna	

Talla/Altura: PULG/CM Percentil %	Peso: LB/KG Percentil %
Examen físico	<input checked="" type="checkbox"/> Si es normal Si es anormal – Comentarios
Cabeza/Oídos/Ojos/Nariz/Garganta	
Dientes	
Cardio/respiratorio	
Abdomen/gastrointestinal	
Genitales/Pechos	
Extremidades/Articulaciones/Espalda /Pecho	
Piel/Ganglios linfáticos	
Neurológico y de desarrollo	
Pruebas de detección	Fecha de prueba Anote aquí si los resultados están pendientes o son anormales
Plomo	
Anemia (HGB/HCT)	
Análisis de orina (UA)	
Audición	
Visión	
Problemas de salud o necesidades especiales, tratamiento recomendado/medicina/cuidado especial (Adjunte hojas adicionales si fuese necesario) <input type="checkbox"/> Ninguno	
Firma de un médico licenciado o enfermero(a) aprobado para hacer evaluaciones de salud a niños	Fecha
Escriba en letra de imprenta el nombre de la persona que firma en la parte superior	Teléfono
Dirección	Ciudad Código postal