



## ¿QUIEN ES ELEGIBLE?

Cualquiera que tenga un diagnóstico documentado de discapacidad y que tenga 3 años a 21 años (en el primer día de campamento) y reside en estas comunidades: Los Municipios de Harwood Heights, Riverside, North Riverside y Elmwood Park y el Distrito de Parque de Berwyn, Distrito de Parque de Forest Park, Distrito de Parque de Franklin Park, Distrito de Parque de Norridge, Distrito de Parque de North Berwyn, Distrito de Parque de Oak Park, Distrito de Parque de River Forest y Distrito de Parque de Veterans.

## PROCEDIMIENTOS DE INSCRIPCIÓN

1. El registro y las formas de la beca se pueden solicitar por el teléfono a 847-455-2100 o en la página de internet [wssra.net](http://wssra.net)
2. Todas las formas deben ser completas, firmadas, fechadas, y devuelto a la oficina de WSSRA para asegurar un lugar de campamento.
3. Cartas se enviará con información de la beca, plan de pago, y transportación sobre el registro.
4. Cualquiera que se registre después del 24 de mayo no comenzará el campamento a tiempo.

## HORARIO DE PAGOS

**En el día de registraci3n** 1/3 de su balance total se debe pagar.  
**24 de mayo** 2/3 de su pago final se debe pagar.  
**Pagos no hechos antes del 24 de mayo arriesgaran de perder su lugar en el campamento.**

## NUEVO PARA ESTE AÑO- Lotería de Campamentos

Debido a la popularidad de nuestros campamentos de WSSRA, la inscripci3n se determina por sorteo.

### Lotería procedimientos de inscripci3n:

1. El lunes 5 de febrero a las 9:00 a.m., abriremos la lotería durante 3 semanas (hasta el viernes 23 de febrero a las 5:00 p.m.). Tenga en cuenta que nuestro sistema de registro Amilia, te añadirá a la lista de espera, que te entra en el sorteo. Las cuentas deben tener un saldo de \$0 para ingresar.
2. Una vez finalizado el período de inscripci3n, sortearemos al azar los nombres de los participantes de la lotería.
3. Las familias serán notificadas por correo electrónico el viernes 1 de marzo si están registradas o en lista de espera.
4. Los participantes inscritos recibirán facturas a través de Amilia, los pagos deben realizarse antes del viernes 8 de marzo para asegurar su lugar en el campamento. Si no se realiza un pago antes de la fecha límite, pasaremos a la siguiente persona en la lista de espera.
5. A partir del lunes 4 de marzo reabriremos el registro para que los participantes que se perdieron el período de registro de la lotería puedan agregarse a la lista de espera.

## ← PÓLIZA DE CANCELACIÓN →

Cancelaciones antes del 24 de mayo recibirá un reembolso menos una tarifa de procesamiento de \$ 25.  
 No hay reembolso después del 24 de mayo. En caso de que WSSRA deba cambiar de plan o cancelar el campamento debido a las pautas estatales, se emitirá un reembolso.



# SUMMER DAY CAMP ADVENTURE AWAITS



## FECHAS



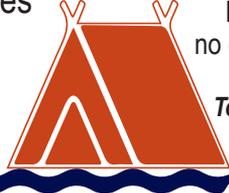
10 de junio – 26 de Julio, lunes – viernes

**Sesión 1:** 6/10 – 7/3 (4 semanas)

*No hay campamento en estas fechas:*

*el 19 de junio, el 4 de Julio y el 5 de julio.*

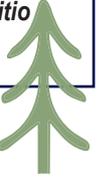
**Sesión 2:** 7/8 – 7/26 (3 semanas)



## SITIOS

En este momento, los sitios de Campamentos de 2024 no están confirmados. Típicamente los sitios se localizan en Berwyn, Forest Park, Oak Park Y Northlake.

**Todos los campistas son asignados por WSSRA a un sitio basado en su edad y necesidades individuales.**



## HORARIO Y COSTOS

### Campamento de Preschool (edades 3-5)

Elija una o ambas sesiones:

Sesión 1	Fecha	Horario	Costo
Campamento de la Manana	6/10 – 7/3	9:00-11:45am	\$178.50
Campamento de Tarde	6/10 – 7/3	12:15-3:00pm	\$178.50
Sesión 2	Fecha	Horario	Costo
Campamento de la Manana	7/8 – 7/26	9:00-11:45am	\$157.50
Campamento de Tarde	7/8 – 7/26	12:15-3:00pm	\$157.50

### COSTO DE TRANSPORTACIÓN

Sesión 1		
Transportación de ida o vuelta		\$147.90
Transportación de ida y vuelta		\$294.95
Sesión 2		
Transportación de ida o vuelta		\$131.50
Transportación de ida y vuelta		\$260.25

### Campamento de Día Completo

(edades 6-21)

Si su hijo/a va a asistir a la escuela de verano, debe registrarse por medio día.

Elija una o ambas sesiones

Sesión	Fecha	Horario	Costo
1	6/10 – 7/3	9:00am-3:00pm	\$357.00
2	7/8 – 7/26	9:00am-3:00pm	\$315.00

### Campamento de Medio Día

(edades 6-21)

El registro de medio día no se ajustará para los participantes que asistan a la escuela de verano.

Elija una o ambas sesiones

Sesión	Fecha	Horario	Costo
1	6/10 – 7/3	12:15-3:00pm	\$178.50
2	7/8 – 7/26	12:15-3:00pm	\$157.50

### TRANSPORTACIÓN

Transportación de puerta-a-puerta para el campamento es disponible. Hay espacios limitados de transportación, por lo cual, si requiere transporte, debe inscribirse para la transportación cuando complete su forma de inscripción.

No se le ofrecerá transportación de medio día para estudiantes que asisten escuela de verano. O si vive dentro de 8 cuadras del sitio del campamento, a menos que tengan una discapacidad física. No todos los autobuses tienen aire-acondicionado.

### BECAS

Las becas pueden cubrir un porcentaje del campamento y gastos de transporte.

Las solicitudes de becas deben enviarse al menos una semana antes de registrarse para el campamento.

Se le notificará por correo si usted recibirá una beca y la cantidad de ayuda concedida. Comprobante de ingresos necesaria.



WEST SUBURBAN SPECIAL RECREATION ASSOCIATION  
**FORMA DE REGISTRACIÓN DE CAMPAMENTO DE VERANO 2024**

MEDIDA DE CAMISETA DEL CAMPISTA)  YS  YM  YL  S  M  L  XL  2X  3X

Email: nolyh@wssra.net Fax To: (847)455-2157 Mail To: 2915 Maple Street, Franklin Park, IL 60131

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

Discapacidad: \_\_\_\_\_

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

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Distrito de parque/Municipalidad: \_\_\_\_\_

Padre/guarda legal: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Contacto de Emergencia? Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Nombre del maestro/a: \_\_\_\_\_

¿Usa el participante silla de ruedas/andador?  Si  No, Especifica: \_\_\_\_\_

¿Es el participante sujeto a ataques?  Si  No, Si tiene, Por favor de llenar plan de tratamiento para ataques

¿Se toma el medicamento durante el programa?  Si  No, Liste el medicamento: \_\_\_\_\_

Liste sus alergias: \_\_\_\_\_

¿Tiene el participante una enfermedad comunicable?  Si o  No Si tiene, por favor explique: \_\_\_\_\_

Asistió su hijo el campamento el año pasado?  Si o  No, Dónde: \_\_\_\_\_

Si usa transporte de WSSRA, se recoge en la dirección de arriba?  Si o  No,

dirección diferente: \_\_\_\_\_

Sesión 1 (6/10 - 7/3)	Edad	Tiempo	Costo
<input type="checkbox"/> AM (mañana) Preescolar	3-5	9:00am-11:45am	\$178.50
<input type="checkbox"/> PM (tarde) Preescolar	3-5	12:15pm-3:00pm	\$178.50
<input type="checkbox"/> Medio Día	6-21	12:15pm-3:00pm	\$178.50
<input type="checkbox"/> Día Completo	6-21	9:00am-3:00pm	\$357.00
<input type="checkbox"/> Transportación Propia	Trans		\$0
<input type="checkbox"/> WSSRA Ida y Vuelta	Trans		\$294.95
<input type="checkbox"/> WSSRA A La Casa Solamente	Trans		\$147.90
<input type="checkbox"/> WSSRA Al Campamento	Trans		\$147.90
Sesión 2 (7/8 - 7/26)	Edad	Tiempo	Costo
<input type="checkbox"/> AM (mañana) Preescolar	3-5	9:00am-11:45am	\$157.50
<input type="checkbox"/> PM (tarde) Preescolar	3-5	12:15pm-3:00pm	\$157.50
<input type="checkbox"/> Medio Día	6-21	12:15pm-3:00pm	\$157.50
<input type="checkbox"/> Día Completo	6-21	9:00am-3:00pm	\$315.00
<input type="checkbox"/> Transportación Propia	Trans		\$0
<input type="checkbox"/> WSSRA Ida y Vuelta	Trans		\$260.25
<input type="checkbox"/> WSSRA A La Casa Solamente	Trans		\$131.50
<input type="checkbox"/> WSSRA Al Campamento	Trans		\$131.50

**Información De Pago:**

- PRIMER PAGO ADJUNTO
- PAGO TOTAL ADJUNTO
- PAGO TOTAL SERÁ ENVIADO (SI SE MANDA POR FAX)
- SOLICITA BECA

- TARJETA DE CRÉDITO:  VISA  MASTER CARD
- PAGO TOTAL: \_\_\_\_\_

NUMERO DE TARJETA:

\_\_\_\_\_

Fecha de caducidad: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ V CODE: \_\_\_\_\_  
 (3 NÚMEROS EN LA PARTE POSTERIOR DE LA TARJETA)

He leído la **Liberación de Renuncia Voluntaria de Todas las Reclamaciones** y **Sostengo el Acuerdo Inocuo** en el revés y a menos que yo no haya comprobado bajo las tres autorizaciones, los apruebo.

\_\_\_\_\_  
 PADRE/PARTICIPANTE/TUTOR FIRMA

\_\_\_\_\_  
 FECHA

Total Due \$           



# EXENCION DE TODAS LAS RECLAMACIONES Y ACUERDO DE MANTENER INDEMNEMNE

Lea por favor esta forma con cuidado y esté enterado que en si firma y participa en el programa de la Asociación West Suburban de Recreación Especial, usted estará liberando y renunciando de todo reclamo de por heridas que surgieran de estos programas que usted o el participante denominado quizás sostenga. Los términos “yo”, “mi” y “mío” también se refieren a padres o tutores así como participantes en los programas. Al registrar para estos programas, usted concuerda de la siguiente manera:

Como participante en estos programas, yo reconozco que hay ciertos riesgos de heridas físicas, y yo concuerdo en asumir el riesgo total de cualquier herida, daños o pérdida que pueda sostener a consecuencia de tomar parte de cualquier manera, en cualquier y todas las actividades conectadas con o asociado de tales actividades que implique riesgos substanciales de alguna herida.

Concuerdo en renunciar y abandonar cualquier y todo reclamo que pueda tener a consecuencia de tomar parte en estos programas contra la Asociación West Suburban de Recreación Especial, cualquier y toda unidad gubernamental participante, cualquier y todos los contratistas independientes, oficiales, agentes, sirvientes, empleados de los cuerpos gubernamentales y contratistas independientes, y cualquier y todas las otras personas y entidades de cualquier naturaleza que quizás sea directamente o indirectamente responsable de cualquier herida que yo quizás sostenga al tomar parte en estos programas.

Yo por la presente renuncio y completamente y libero a la Asociación West Suburban de Recreación Especial y libero a otros partidarios de cualquier y todo reclamo por heridas, daños o pérdida, que puedan incurrirme por motivo de mi participación en estos programas.

Concuerdo aún más indemnizar, tener inocuo y defender, a la Asociación West Suburban de Recreación Especial y cualquier y todos los otros partidos de cualquier y todo reclamo que resulte en heridas, daños y pérdidas sostenidas por cualquiera, y surgiendo fuera de, conectado con, o en cualquier manera asociada con mi conducto y las actividades de estos programas.

Comprendo aún más y concuerdo que los términos como “participación”, y las “actividades”, se refirieron a en este Acuerdo, incluye todos ejercicios y los movimientos físicos de cualquier naturaleza mientras tomo parte en estos programas e incluye aún más la provisión, de o fracaso para proporcionar las instrucciones o la supervisión apropiadas, el uso y el ajuste de cualquier y toda maquinaria, equipo, y aparato, y algo relacionado con mi uso de los servicios, las facilidades, o Implicado en estos programas, y en el transporte a y de acontecimientos.

Comprendo la naturaleza de estos programas para el cual me inscrito, y he leído y comprendo completamente esta Renuncia, Liberación y Acuerdo Inocuo. Comprendo aún más que cualquier deliberación o advertencias de los riesgos particulares de estos programas que recibo subsiguientemente serán integradas por la referencia en y llegan a ser una parte de este Acuerdo.

En caso de emergencia, yo doy mi permiso para que el participante reciba primeros auxilios, transporte o atención médica que pueda ser requerida.

## PARA COMUNICARSE CON LOS TRABAJADORES DE ESCUELA/DOCTOR

YO AUTORIZO A LOS MAESTRAS, TRABAJADORES SOCIALES, TERAPISTAS O DOCTORES A COMUNICARSE CON WSSRA ACERCA DE LAS NECESIDADES DEL PARTICIPANTE EN RELACIÓN A LOS PROGRAMAS DE WSSRA. WSSRA GUARDARA TODA LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL QUE RECIBIMOS.

Si  No

## PARA COMUNICARSE CON LOS ACOMPAÑEROS/MIEMBROS DE WSSRA

YO AUTORIZO QUE WSSRA LES PUEDE DAR INFORMACIÓN ACERCA DEL PARTICIPANTE Y SU PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS Y ACTIVIDADES A MI DISTRITO DE PARQUE O MUNICIPALIDAD DE MI CIUDAD, INCLUYENDO NOMBRE, DIRECCIÓN, NUMERO DE TELÉFONO EDAD. DISCAPACIDAD O REGISTRACIONES, SI NO LOS REVELAR DE NUEVO SIN MI FIRMA DE CONCENTO.

Si  No

**\*YO ENTIENDO QUE PUEDO CAMBIAR A LAS DECLARACIONES ENCIMA EN CUALQUIER MOMENTO ENTREGANDO UN AVISO ESCRITO A LA OFICINA DE WSSRA, PARA PROHIBIR REVELACIÓN ADICIONAL DEL INFORMACIÓN.**

**ENVÍENOS UN CORREO ELECTRÓNICO CON SU OPINIÓN A [WSSRA@WSSRA.NET](mailto:WSSRA@WSSRA.NET)**