



Prioridad se les dará a las siguientes familias:

1. Familias que se comprometen a tener a sus hijos (**entre los 10 - 16 años de edad**) en el programa durante las 10 semanas.
2. Familias de bajos recursos.
3. Padres que se comprometan a participar de dos charlas educativas.
4. Familias que se comprometan a traer a sus hijos al programa todos los sábados reconociendo que hay una lista de espera
5. Registración es de \$25.00
6. Familias tienen que traer el formulario **completamente lleno junto con los documentos necesarios**. Solicitudes serán aceptadas en el orden que son recibidas. Una solicitud es considerada completa cuando **TODOS** los documentos y solicitud están llenos en su totalidad. **OJO:** Entregar la solicitud no guarda el espacio para su hijo(a) al menos que todo este completo.

SATURDAY 4 ARTS:

- ✓ 10 sábados de 10am - 1pm
- ✓ Su hijo recibirá una merienda
- ✓ Su hijo recibirá clases de guitarra o piano
- ✓ Sus hijos estarán supervisados por profesionales de alta calidad.
- ✓ Los empleados y voluntarios del programa han pasado por un proceso de selección incluyendo un estudio de posibles antecedentes criminales.

Lista de Documentos que debe adjuntar con la solicitud:

- No se le olvide firmar la solicitud
- Copia del ultimo reporte de calificaciones de su hijo(a) o numero de seguro social
- Copia de identificación del padre/madre con foto (pasaporte, licencia, etc.)
- Indique si su hijo(a) tiene alergias a comida/medicamentos, etc.
- Poner la solicitud y documentos en un solo sobre claramente marcado Saturday 4 Arts

DONDE ENTREGAR LA SOLICITUD Y DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Recepción de EKKLESIA Miami: 7205 SW 125 Avenue. Si la recepcionista no se encuentra y es durante horas de oficina, suba al 2ndo piso y deje el sobre en el casillero de Esperanza Martínez ubicado en la oficina principal de la iglesia.

**Estatus migratorio no es un requisito para participar en el programa.*

Para más información llamar al 305-273-0028 ext. 104.

Los formularios están disponibles en la recepción de la iglesia durante la semana y el fin de semana en el centro de información después de cada servicio.



USO EXCLUSIVO DE FLC
 Fecha y hora en que la solicitud fue
 entregada junto con TODOS los
 documentos requeridos:
 Fecha: _____
 Hora: _____



SATURDAY 4 ARTS APLICACION PARA PARTICIPANTES

LUGAR EKKLESIA Miami
DIRECCION 7205 SW 125 Avenue, Miami Fl 33185
TELEFONO 305-273-0028 ext. 104

INFORMACION DEL NIÑO/NIÑA

NOMBRE _____
 Apellido Primer Nombre Inicial Apodo
 DIRECCION _____
 Calle Ciudad Estado Código Postal
 TELEFONO: _____
 SEGURO SOCIAL _____ (no requerido, pero solicitado con el propósito de mantenimiento de registros)
 FECHA DE NACIMIENTO _____ GENERO M ___ F ___
 RAZA _____ LENGUAJE HABLADO EN EL HOGAR _____
 ESCUELA ACTUAL _____ GRADO CURSADO ACTUALMENTE _____
 NUMERO DE IDENTIDAD MDCPS _____ (requerido)

NIÑO/A CON ALGUNA INHABILIDAD? SI _____ NO _____
 SI APLICA POR FAVOR SEÑALE:
 INHABILIDAD DE APRENDIZAJE _____ INHABILIDAD EMOCIONAL O DE COMPORTAMIENTO _____
 INHABILIDAD SENSORIAL _____ INHABILIDAD FISICA _____
 INHABILIDAD PROFUNDA _____

INFORMACION DEL PADRE/MADRE/GUARDIAN

NOMBRE _____
 Apellido Primer Nombre Inicial
 DIRECCION _____
 Calle Ciudad Estado Código Postal
 TELEFONO: _____ Dirección electrónica _____
 FECHA DE NACIMIENTO _____ GENERO M ___ F ___
 PARENTEZCO CON NIÑO /A ___ PADRE ___ MADRE ___ ABUELO(A) ___ MADRASTRA/PADRASTRO
 ESTADO MATRIMONIAL _____

INGRESO FAMILIAR \$ _____ POR (MES) _____ (AÑO) _____
 ELEGIBLE PARA TANF SI _____ NO _____ TIENE MEDICAID? SI _____ NO _____



INFORMACIÓN MÉDICA DEL NIÑO

Entiendo que se harán todos los esfuerzos para localizarme para instrucciones si mi niño se enferma o se lesiona mientras se encuentra en el campamento o en una salida de campo. Si, a juicio del personal o de un profesional médico, el retraso en contactarme comprometa el bienestar del niño, autorizo por este medio al personal o a profesional médico, a asegurar cualquier tratamiento médico que se juzgue necesario, incluyendo la administración de anestésicos y cirugía.

EXCEPTO SEGÚN LO ANOTADO ABAJO, este niño está en buena salud, no tiene ninguna alergia y ninguna condición crónica que afectaría tratamiento, y no toma ningún medicamento rutinariamente. Sus vacunas están actualizadas.

Nombre del Niño	Alergias a alimentos	Alergias a drogas	Otras alergias serias	Condiciones crónicas

INFORMACIÓN FAMILIAR:

NOMBRE DEL PADRE: _____
Apellido Nombre

NOMBRE DE LA MADRE: _____
Apellido Nombre

(Si aplica)

NOMBRE DE GUARDIÁN: _____
Apellido Nombre

DIRECCIÓN: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

TELÉFONO CASA: _____ TELÉFONO TRABAJO: _____

CELULAR: _____ DIRECCIÓN ELECTRÓNICA _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____
(no requerido, pero solicitado con el propósito de mantenimiento de registros)

INFORMACIÓN de SEGURO (si la familia tiene cobertura de seguro)

PORTADOR: _____ PÓLIZA : _____
Compañía De Seguros No. de Póliza

NOMBRE DEL DOCTOR: _____ TELÉFONO: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Números de teléfono donde puedo ser localizado durante el día: _____

Si no puedo ser localizado, intenten por favor entrar en contacto con mis suplentes señalados:

1. _____
Nombre Número de teléfono

2. _____
Nombre Número de teléfono



Política De No-Discriminación:

Niños entre las edades de 10 a 16 Años serán aceptados en el programa Saturday 4 Arts sin importar la raza, el credo, el estado migratorio, la salud, la religión, discapacidad física, pertenencia étnica o la capacidad de pagar por los servicios. Niños sin documentos legales, o cuyos padres estén sin estado legal documentado, no serán discriminados para la selección en este programa . Como con el sistema escolar público del condado de Miami-Dade, todos los niños son bienvenidos. Los niños con inhabilidades físicas, emocionales o del comportamiento pueden encontrar programas o diseñados especialmente para llenar sus necesidades a través de otros programas financiados por el Children's Trust; serán hechos todos los esfuerzos para encontrar la ubicación más conveniente para cada niño.

La información de la aplicación y la información médica que he proporcionado arriba son verdaderas y completas hasta donde conozco.

Consentimiento Paterno:

Firmando esta aplicación abajo, convengo y certifico lo siguiente

1) **Reconozco** que la información de la aplicación, y la información médica que he proporcionado arriba son verdaderas y completas hasta donde conozco y estoy capacitado.

2) **Entiendo** que la participación de mis niños en el programa patrocinado por EKKLESIA KENDALL (Family Life Center) y sus socios y financiado por Children's Trust de Miami-Dade implica comidas, y posibles excursiones a sitios fuera del lugar del campamento. Como estas actividades pueden traer un cierto grado de riesgo a la salud física y emocional del niño, yo libero, considero inofensivo y renuncio por este medio a todas las demandas asociadas a actividades del programa, a Children's Trust, el sitio del programa y todos los empleados, oficiales, directores, agentes, y voluntarios asociados al programa.

3) **Estoy de acuerdo** en hacer todo el esfuerzo para asegurar que mi niño participe en el programa semanalmente, a menos que el /ella esté demasiado enfermo para atender.

4) **Entiendo** que los sitios del programa se están realizando en las premisas de instituciones religiosas para el propósito primario de proporcionar el enriquecimiento artístico y un ambiente seguro durante tiempo extraescolar. En algunos casos, la instrucción religiosa se puede ofrecer como opción a los niños en las premisas, pero solamente con el permiso paterno escrito. A menos que el permiso escrito expreso se haya dado para que mi niño participe en la instrucción religiosa, una actividad no-religiosa opcional será conducida. Los fondos fiduciarios de Children's Trust no serán utilizados para los estipendios del profesor, los libros, el plan de estudios u otros costos relacionados con la instrucción religiosa.

5) **Con mi firma** le estoy otorgando permiso por escrito para publicar información confidencial en este formulario de registración y otra información dada durante mi evaluación para recibir servicios por parte de Ekklesia Kendall – FLC para The Children's Trust con el propósito de evaluar y monitorear este programa. Esta autorización estará en efecto hasta cuando yo la retire por escrito.

6) **Declaración de Confidencialidad:** La razón por esta declaración es para enfatizar que el acceso a información confidencial sobre el cliente es limitada y gobernada por leyes estatales y federales. Información, que es confidencial, incluye el nombre, numero de seguro social, dirección, datos médicos, sociales y financieros, y servicios recibidos por el cliente. Colección de datos por entrevista, observación o reviso de documentos tiene que ser en un ambiente que proteja la privacidad del cliente. Información discutida entre empleados tiene que ser en estricta confidencia, limitado a información relacionada a la provisión de servicios al cliente, y no debe ser mencionado fuera del establecimiento.

Firma del Padre/Madre/ Guardián

Fecha





AUTORIZACION PARA FOTOGRAFIA/VIDEO

Yo, _____, el padre o guardián del niño/a
_____ autorizo y doy por este medio consentimiento a los
proveedores de servicios y al personal de El Fidecomiso de los Niños (The Children's Trust) del condado
Miami-Dade como sigue:

Otorgo permiso y autorizo - o - **No otorgo permiso ni autorizo**

al personal de El Fidecomiso de los Niños del condado Miami-Dade a tomar y a usar fotografías corrientes,
fotografías digitales, películas, transmisiones de televisión, y/o a hacer grabaciones de mí, de mis niños, o de
mis estancias con fines educativos, de investigación, documentales, y con el propósito de relaciones públicas.

Firma del Padre o Guardián

Firma del Testigo

Fecha

Fecha

Cualquier grabación puede revelar su identidad a través de la imagen por sí misma, sin esperar ninguna
remuneración para usted, sus niños o sus estancias.

Cualquiera y todas las grabaciones tomadas de usted serán sólo propiedad del Fideicomiso de Los Niños.

Con respecto al uso de cualquier grabación tomada de usted, de sus niños o de sus estancias, renuncia por
este medio a cualesquiera y a todas las demandas presentes y futuras que pueda tener contra El Fideicomiso
de Los Niños, su personal, los proveedores de servicios, empleados, agentes afiliados y miembros de La
Junta Directiva.

3150 SW 3rd Avenue, 8th Floor • Miami, FL 33129
(305) 571-5700 • Fax: (305) 571-5716
www.thechildrenstrust.org

