



Prioridad se les dará a las siguientes familias:

1. Familias de bajos recursos.
2. Familias que se comprometen a tener a sus hijos (**entre los 8 - 14 años de edad**) en el programa durante las 5 semanas.
3. Familias que se comprometan a traer a sus hijos al programa de lunes a viernes reconociendo que hay una lista de espera
4. Costo del Programa \$125 por las 5 semanas para familias de bajos recursos. \$75 por semana para familias pudientes.
5. 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.

Campamento de Verano:

- ✓ 5 Semanas del 28 de Junio al 30 de Julio de Lunes a Viernes de 8:00am a 6:00pm
- ✓ Su hijo recibirá desayuno, meriendas y almuerzo
- ✓ 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:

- Solicitud **FIRMADA** y **COMPLETA**
- Copia del último reporte de calificaciones de su hijo(a)
- Copia de identificación del padre/madre con foto (pasaporte, licencia, etc.)
- Copia de identificación del niño/a
- Reporte de impuestos concerniente al año 2009 o prueba de ingresos del año 2009 (resumen de cuentas de banco, carta del empleador, etc.)
- Vacunas vigentes del niño/a
- Si su hijo/a tiene alguna discapacidad, traer pruebas médicas certificadas.
- Indique si su hijo(a) tiene alergias a comida/medicamentos, etc.
- Poner la solicitud y documentos en un solo sobre claramente marcado **Campamento de Verano**

DONDE ENTREGAR LA SOLICITUD Y DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Recepción de EKKLESIA GLOBAL: 7205 SW 125 Avenue o en las oficinas de Family Life Center ubicadas en el segundo piso salón 4 **entre el 15 de Abril y el 15 de Mayo. Se le informara si su niño/a fue aceptado durante la última semana de Mayo.**

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

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



FORMULARIO DE INFORMACION DEL ESTUDIANTE

LUGAR: _____

Campamento de Verano 2010

INFORMACION DEL NIÑO/A

TCT ID DEL ESTUDIANTE # _____

APELLIDO *: _____ PRIMER NOMBRE*: _____ INICIAL SEGUNDO NOMBRE _____

DIRECCIÓN *: _____ APTO _____

CIUDAD*: _____ STATE: FL CODIGO POSTAL*: _____

TELÉFONO: _____ E-MAIL: _____

SEXO DEL MENOR*: Masculino Femenino FECHA DE NACIMIENTO*: MES/DIA/AÑO: ____/____/____

RAZA DEL MENOR*: Asiático Negro/Afro-Americano Blanco Otro, favor de especificar _____

GRUPO ÉTNICO DEL NIÑO *: Haitiano Hispano Otro, favor de especificar _____

PAIS DE ORIGEN DEL MENOR: _____

¿EL NIÑO/A HABLA INGLES? *: Si No

OTROS IDIOMAS QUE SE HABLAN EN EL HOGAR*: Español Haitiano/Creole Otro _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL MENOR *: _____ Sin SS; Prefiere no dar el SS

NÚMERO DE IDENTIDAD MDCPS*: _____ Sin ID de MDCPS Prefiere no dar MDCPS

GRADO ESCOLAR DEL MENOR*: ____ ESCUELA A LA QUE ASISTE EL MENOR*: _____

¿TIENE EL MENOR SEGURO DE SALUD? * (EJ. Seguro privado, KidCare, Medicaid) Si No
(Si no lo tiene, The Children's Trust puede ayudarle a encontrar una cobertura asequible-llamar 211)

¿TIENE EL NIÑO/A ALGUNA DISCAPACIDAD DOCUMENTADA? * SI NO

Si la respuesta es afirmativa, ¿tiene alguno de los siguientes planes o documentos? (marque las apropiadas):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Plan de servicio familiar individualizado
(Individualized Family Service Plan-IFSP) | <input type="checkbox"/> Plan sección 504 (Section 504 Plan) |
| <input type="checkbox"/> Plan de Educación Individualizada del sistema escolar
(Individualized Education Plan – IEP) | <input type="checkbox"/> Diagnóstico médico
<input type="checkbox"/> Otra documentación |

Si la respuesta es afirmativa, ¿Cómo clasificaría el tipo de discapacidad? (marque las apropiadas):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Desórdenes del espectro del autismo | <input type="checkbox"/> Discapacidad del aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Condición médica crónica | <input type="checkbox"/> Discapacidad Física |
| <input type="checkbox"/> Retraso del Desarrollo (solo menor de 5 años) | <input type="checkbox"/> Discapacidad del habla y el lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Desorden emocional o del comportamiento | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual (o ceguera) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva (o sordera) | <input type="checkbox"/> Otra discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual (o retraso mental) | |

- *** Información obligatoria**

El **Campamento de Verano** está financiado por El Fidecomiso de los Niños (The Children's Trust). The Children's Trust es una fuente de financiación, creada por los votantes en referéndum para mejorar la vida de los niños y las familias en Miami-Dade.

INFORMACIÓN MÉDICA DEL NIÑO

Entiendo que se hará el esfuerzo necesario para localizarme y pedirme instrucciones, si mi hijo/a se llegara a enfermar o lesionar mientras se encuentre en la localidad del programa o en una excursión. Si, el personal o un profesional médico, cree que el retraso en contactarme comprometa el bienestar del niño, autorizo por este medio al personal o al profesional médico, a realizar 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 de manera rutinaria. Sus vacunas están al día.

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

REPORTE DE VACUNAS: Si No

INFORMACIÓN de SEGURO (si la familia tiene cobertura médica)

PORTADOR: _____ PÓLIZA: _____

_____ Compañía de Seguros _____ Número de Póliza

NOMBRE DEL DOCTOR: _____ TELÉFONO: _____

INFORMACIÓN FAMILIAR:

NOMBRE DEL PADRE: _____
 _____ Apellido _____ Nombre

NOMBRE DE LA MADRE: _____
 _____ Apellido _____ Nombre

¿El niño vive con el guardián legal? Si No

NOMBRE DEL GUARDIÁN: _____
 _____ Apellido _____ Nombre

DIRECCIÓN DEL PADRE/GUARDIÁN: _____
 _____ Calle _____ Ciudad _____ Estado

Código Postal _____

TELÉFONO CASA*: _____ TELÉFONO TRABAJO*: _____

CELULAR: _____ DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

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

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

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

Si no puedo ser localizado, favor de tratar contactar a las siguientes personas:

1. _____
 _____ Nombre _____ Número de teléfono

2. _____
 _____ Nombre _____ Número de teléfono

Opcional:

¿Tiene este niño a uno de sus padres actualmente en la cárcel? Si No

Opcional:

NÚMERO DE NIÑOS VIVIENDO EN ESTA DIRECCIÓN: ____ NÚMERO DE ADULTOS VIVIENDO EN ESTA DIRECCIÓN: ____

ESTIMADO DEL INGRESO ANUAL FAMILIAR: \$_____ (Se le dará prioridad a las familias de bajos recursos)

ESTATUS FAMILIAR: Casados Conviviendo Mujer Soltera Hombre Soltero Guardián/ Foster Care

Política De No-Discriminación:

Niños en las edades de 8 a 14 años serán aceptados en el campamento de verano sin importar la raza, el credo, el estado migratorio, la salud, la religión, discapacidad física, grupo étnico o la capacidad de pagar por los servicios. Niños sin documentos legales, o cuyos padres estén sin estado legal documentado, no serán discriminados en la selección de este programa. Tal como en el sistema escolar público del condado de Miami-Dade, todos los niños son bienvenidos. Los niños con discapacidades físicas, emocionales o de comportamiento pueden encontrar programas diseñados especialmente para cumplir sus necesidades a través de otros programas financiados por el Children's Trust; se hará el mayor esfuerzo para encontrar la ubicación más conveniente para cada niño.

Permiso Paterno:

Al firmar esta solicitud, convengo y certifico lo siguiente:

- 1) **Reconozco** que la información de la solicitud, 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 FCFC y sus socios y financiado por Children's Trust implica educación física, deportes organizados, comidas, y excursiones. Como estas actividades pueden traer un cierto grado de riesgo a la salud física y emocional del niño, le doy permiso, considero inofensivo y renuncio por este medio a todas las demandas asociadas a actividades del programa del verano de FCFC, a Children's Trust, a la localidad del programa y todos los empleados, oficiales, directores, agentes, y voluntarios asociados al programa.
- 3) **Estoy de acuerdo** en hacer todo lo posible para asegurar que mi hijo/a participe en el programa diariamente, a menos que el/ella esté demasiado enfermo/a para asistir. También estoy de acuerdo con que yo o mi representante firmará para que mi hijo/a pueda salir, diariamente.
- 4) **Convengo** con todos los estándares del programa. Estoy enterado de los honorarios (\$10.00/1 hora, \$5.00/30 minutos) que se cobraran por la tardanza del padre para buscar a su hijo/a. El programa termina a las 6:00 PM todos los días. Un calendario, con el horario, está incluido con esta solicitud.
- 5) **Entiendo** que los sitios del programa se están realizando en espacios de instituciones religiosas con el principal propósito de proporcionar el enriquecimiento académico y proveer un ambiente seguro durante el tiempo extraescolar. En algunos casos, la instrucción religiosa puede ser ofrecida como una opción para los niños, pero solamente con el permiso escrito del padre. A menos que el permiso escrito, se haya dado para que mi hijo/a participe en la instrucción religiosa, una actividad no-religiosa opcional se llevará a cabo. Los fondos de Children's Trust no serán utilizados para los salarios del profesor, los libros, el plan de estudios u otros costos relacionados con la instrucción religiosa.

Autorizo el envío de esta información a The Children's Trust para fines de seguimiento y evaluación del programa

Firma del Padre / Guardián

Fecha

Para uso del personal únicamente (INFORMACION INDISPENSABLE)

CUOTA DE INSCRIPCION \$_____ SIN CARGO DE INSCRIPCION _____

Los padres deben aprobar el Consentimiento voluntario para fotografía y comunicación (Voluntary Consent for Photography and Communication), ya que las respuestas deben ser ingresadas en el sistema (Data Tracker)

RESPUESTAS DE CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO: 1. Fotografía Sí No 2. Comunicación Sí No
3. Lista de correos Sí No 4. Descargo y renuncia Sí No



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 Fidecomiso 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