

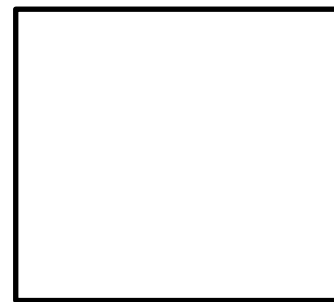


Foto niño/joven aquí

SOLICITUD DE PARTICIPANTE VERANO 2026

Fechas: 8 de Junio de 2026 - 24 de Julio de 2026

Horario de atención : De lunes a viernes: 8:00 am - 6:00 pm para los grados K-8 / 8:30 am - 4:30 pm para los grados 9 - 12

☐ Bel-Aire (K-5th): 10250 SW 194th St. Cutler Bay, FL 33157

☐ West Flagler Park (K -5th): 5911 W Flagler St. Miami, FL 33144

☐ Estrella de Belen (K -5th): 510 East 41st Street Hialeah, FL 33013

☐ Miami Central (9th -12th): 1781 N.W. 95th St., Miami, FL 33147

☐ Pinelands (K-5th): 10201 Bahia Dr. Miami, FL 33189

☐ John A. Ferguson (9th -12th): 15900 SW 56th St. Miami, FL 33185

☐ Pneuma (K-8th): 7205 SW 125th Ave. Miami, FL 33183

☐ Felix Varela (9th -12th): 15255 SW 96th St. Miami, FL 33196

☐ Wayside (K-8th): 7701 SW 98th St. Kendall, FL 33156

Nombre del niño/joven _____

Apellido

Nombre

Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento de Niño/Joven	Género de Niño/Joven	Raza/Etnicidad de Niño/Joven (seleccione solo uno)
____/____/____ Mes / Día / Año	☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Prefiero no contestar	☐ Birracial o multirracial ☐ Hispano ☐ Afroamericano/negro no hispano ☐ Haitiano ☐ Blanco no hispano ☐ Otro ☐ Prefiero no contestar

Marque todos los idiomas que habla su niño/joven

☐ Inglés ☐ Español ☐ Creole ☐ Otro:

¿Cuál es el grado del niño/joven del año escolar 2025 - 2026? ☐ Kindergarten ☐ Grado 1 ^{ro} - 12 ^{vo} (especificar): _____	Miami-Dade County Public Schools ID # <i>(todos los estudiantes que asisten escuela pública/chárter deben tener ID)</i> _____ ☐ No M-DCPS ID #
---	---

Escuela actual del niño/joven _____

Dirección del hogar

Calle

Ciudad

Código postal

Nombre del cuidador

Apellido

Nombre

Número de teléfono del cuidador (____) ____ - ____ ¿Es un teléfono celular/móvil? ☐ Sí ☐ No	Correo electrónico del cuidador _____
---	---

Idioma preferido del cuidador para contacto de The Children's Trust (seleccione solo uno)

☐ Inglés ☐ Español ☐ Creole

Hope for Miami

5911 W. Flagler St., Miami, FL 33144
Tel: 786-388-3000



The Children's Trust puede comunicarse contigo por correo postal, correo electrónico y/o mensaje de texto para preguntarte por tu satisfacción con los servicios e informarte de otros programas, iniciativas y eventos financiados por el Trust que te puedan interesar.

¿Cómo te enteraste de este programa? _____

Como parte de la participación voluntaria de mi hijo en este programa, doy mi permiso para que la información recopilada a través de este programa sea enviada a The Children's Trust para fines de evaluación y calidad del programa. The Children's Trust proporciona fondos para que el programa funcione y sigue estrictas protecciones de privacidad de datos para la información recopilada (por ejemplo, siguiendo las pautas de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia/FERPA).

Firma del Cuidador/ Guardián	Fecha _____ / _____ / _____ Mes / Día / Año
------------------------------	---

Queremos conocer mejor a su hijo para poder brindarle la mejor experiencia posible en nuestros programas. Las preguntas de la próxima página se refieren a las necesidades de ayuda de su hijo, cualquier condición o desafío, sus métodos de comunicación y el apoyo que recibe. **Esta información se utiliza para garantizar que los niños y jóvenes de todas las capacidades sean bienvenidos y apoyados en programas financiados por The Children's Trust.**

Para apoyar la participación exitosa de su niño/joven en este programa, ¿en qué áreas podrían necesitar asistencia adicional?

- ☐ Apoyos académicos y de aprendizaje, como la lectura o la comprensión de instrucciones básicas
- ☐ Manejo de los sentimientos y el comportamiento, como la necesidad de apoyo o estructura adicional
- ☐ Manejo de condiciones de salud crónicas, como el uso de un EpiPen, un inhalador u otros medicamentos
- ☐ Tareas de motricidad fina, como sostener un crayón/lápiz, escribir o usar tijeras
- ☐ Tareas de motricidad fuertes, como deportes o actividades físicas como correr
- ☐ Adaptar las actividades para tener en cuenta las necesidades visuales, comunicativas, o auditivas
- ☐ Usar dispositivos de asistencia como una silla de ruedas, muletas, aparatos ortopédicos o andador
- ☐ Servicios personales, como ayuda para comer, ir al baño o cambiarse de ropa
- ☐ Otro:
- ☐ No se necesita ayuda específica

Si seleccionó alguna área de necesidad de asistencia adicional, asegúrese de hablar individualmente con el personal del programa sobre las necesidades de su hijo y cómo el programa puede satisfacerlas.

¿Qué condiciones tiene su niño/joven que podría durar un año o más? (selecciona todo lo que corresponda) ☐ Retraso en el desarrollo (solo si es menor de 5 años) ☐ Manejo de la agresión o el temperamento ☐ Discapacidad intelectual/del desarrollo (más de 5 años) ☐ Manejo de la atención y la hiperactividad (ADHD) ☐ Discapacidad de aprendizaje (más de 5 años) ☐ Depresión o ansiedad ☐ Trastorno del espectro autista ☐ Condiciones comunicativas o del lenguaje ☐ Sordo o con problemas auditivos ☐ Discapacidad visual o ceguera ☐ Condición médica o enfermedad (como asma, diabetes, epilepsia/convulsiones, alergias graves) ☐ Otra condición que podría durar un año o más (especifique) ☐ Discapacidad o impedimento físico ☐ Ausencia de condiciones que duren un año o más		
¿Alguna de las condiciones mencionadas le dificulta a su niño/joven hacer cosas que otros de su misma edad pueden hacer? ☐ Sí, es más difícil para ellos ☐ No, no es más difícil para ellos ☐ N/A, no se anotan condiciones		

¿Cuáles son las principales formas en que tu hijo se comunica? (selecciona todo lo que corresponda)

- | | |
|--|--|
| ☐ Habla y se entiende fácilmente | ☐ Usa el lenguaje de señas |
| ☐ Habla, pero es difícil de entender | ☐ Usa gestos o expresiones como señalar, halar, sonreír, fruncir el ceño o parpadear. |
| ☐ Utiliza dispositivos de comunicación como imágenes o pizarra. | ☐ Usa sonidos que no son palabras, como reír, llorar o gruñir. |

¿Qué ayuda, si es que recibe alguna, recibe su niño/joven en este momento? (selecciona todo lo que corresponda)

- | | |
|--|---|
| ☐ Servicios o terapias conductuales | ☐ Terapia ocupacional (OT) |
| ☐ Consejería sobre preocupaciones emocionales | ☐ Fisioterapia (PT) |
| ☐ Medicación diaria (no incluye vitaminas) | ☐ Terapia del habla/lenguaje |
| ☐ Servicios de educación para estudiantes excepcionales en la escuela con un IEP o plan 504 (Por favor adjunte) | ☐ Ninguno de las ayudas es necesaria en este momento |
| | ☐ Al menos uno de estos servicios es necesario pero no se recibe |

Si está interesado en otros servicios o recursos comunitarios, puedes llamar al **211 Miami Helpline**, visitar 211miami.org, o aprender más sobre **programas de The Children's Trust** en www.thechildrenstrust.org. Para recursos de necesidades especiales para personas con discapacidades y sus familias, visita www.advocacynetwork.org/services/individual-family-support o www.thechildrenstrust.org/cwd.

STAFF USE ONLY (MUST BE COMPLETED)

Sibling(s) names in our program:

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Sibling definition: One or more children having one or both parents in common or legally adopted.

Fees Collected:

Please Note: Only Money Orders and Credit Card payments are accepted . No checks or cash

Accident Insurance fee: \$10 collected : ☐ Yes ☐ No

Registration Fee: \$90.00 collected : ☐ Yes ☐ No

Application Verified by: _____

Date of Completion : _____

Tentative Start Date: _____



“Conóceme Mejor” YD K-5

Nombre del Niño/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Queremos conocer mejor a su niño/a y así poder ofrecerle una mejor experiencia educativa. Nadie conoce a su niño/a mejor que usted, cuéntenos más acerca de él/ella.

1. Queremos saber cuáles son los juguetes/actividades favoritos/menos favoritos de su niño/a:

Menos Favoritos

Favoritos

2. ¿Qué cosas calman y alteran a su niño/a?

Calman

Alteran

3. ¿Cuáles son las fortalezas y desventajas de su hijo/a?

Fortalezas

Desventajas

4. ¿Cómo se comunica su niño/a?

- ☐ Verbalmente
- ☐ Lenguaje de Señas Americano
- ☐ Con aparatos de comunicación

- ☐ A través de gestos (señalando, cabeceando, etc)
- ☐ Con vocalizaciones
- ☐ Otros (especifique) _____

5. ¿Cuáles servicios recibe su niño/a?

- ☐ Terapia del Habla/Lenguaje
- ☐ Consejería-Salud Mental
- ☐ Terapia de Comportamiento

- ☐ Terapia Ocupacional
- ☐ Terapia Física
- ☐ Ninguna

¿Podemos contactar a su proveedor de servicios para apoyar mayor a su hijo?

- ☐ Sí
- ☐ No – Un formulario firmado con autorización es necesario

“Conóceme Mejor” YD K-5

Nombre del Niño/a: _____

6. ¿Necesita su niño/a asistencia de algún equipo? (ej.: Aparatos ortopédicos para caminar, silla de ruedas, aparatos de comunicación, insulina, nebulizador)

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor describa:

7. ¿Usted sospecha que su niño/a tiene algún problema visual o auditivo? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo por favor describa: _____

8. ¿Qué afirmación describe mejor la capacidad de su niño/a para poder cambiar de una actividad a otra?

☐ Se mueve fácilmente independientemente ☐ Necesita ayuda o apoyos para poder moverse

Por favor describa: _____

9. ¿Cómo y donde juega/interactúa su niño/a mejor?

☐ Independiente	☐ Con otro niño/a
☐ Grupo pequeño	☐ Grupo grande
☐ Adentro	☐ Afuera
☐ Con adultos	

Comentarios adicionales: _____

10. ¿Le molesta alguna de estas cosas a su niño/a?

☐ Ruido	☐ Ciertas texturas (arena, agua, etc.)
☐ Luces	☐ Contacto físico (abrazos)
☐ Olores	☐ Otros: _____

11. ¿Su niño/a tiene tendencia de correr o tratar de escaparse?

☐ Sí ☐ No

¿Si la respuesta es sí, que situaciones preceden este comportamiento?

“Conóceme Mejor” YD K-5

Nombre del Niño/a: _____

12. ¿Su niño/a es capaz de hacer las siguientes actividades por sí mismo?

Uso del baño	Sí	☐	No	☐	Caminar/movilizarse	Sí	☐	No	☐
Comer	Sí	☐	No	☐	Lavarse las manos	Sí	☐	No	☐

Si la respuesta es no para alguna actividad, por favor explique qué asistencia necesita:

13. ¿Su niño/a toma alguna medicina?

Sí ☐ No ☐

¿Hay efectos secundarios al tomar estos medicamentos?

14. ¿Hay algo más que quiera compartir acerca de su niño/a? (alergias, dieta, convulsiones, sangramiento de nariz, etc.)

