



Foto niño/joven aquí

APLICACIÓN PARTICIPANTE PARA DESPUÉS DE ESCUELA 2025-2026

Fechas: 14 de agosto de 2025 – 4 de junio de 2026

Horario de atención: Lunes a viernes: 2:00 p.m.-6:00 p.m. (K-5); 3:45 p.m.-6 p.m. (6-8); 2:30 p.m.-5:30 p.m. (9 a 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 ____ / ____ / ____ Mes / Día / Año	Género de Niño/Joven ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Prefiero no contestar	Raza/Etnicidad de Niño/Joven (seleccione solo uno) ☐ 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 # (todos los estudiantes que asisten escuela pública/chárter deben tener ID) _____ ☐ 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

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 / CWD

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 / CWD

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 / CWD

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.)

Conócame mejor

YD 6 -12

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Date: _____

Cuéntanos acerca de ti. Esta información no será compartida con otros. Por favor se honesto con tus respuestas para así poder asistirte de manera adecuada.

1. ¿Cuál te describe mejor? (Marca todas las que apliquen)

Yo prefiero leer instrucciones en vez de escuchar al maestro/a explicarlas.

☐ Casi nunca ☐ De vez en cuando ☐ A veces ☐ Frecuentemente ☐ Casi siempre

Me gusta que me lean las instrucciones en voz alta.

☐ Casi nunca ☐ De vez en cuando ☐ A veces ☐ Frecuentemente ☐ Casi siempre

Cuando estudio me gusta tomar un pequeño descanso y caminar.

☐ Casi nunca ☐ De vez en cuando ☐ A veces ☐ Frecuentemente ☐ Casi siempre

Me gusta dibujar durante la clase.

☐ Casi nunca ☐ De vez en cuando ☐ A veces ☐ Frecuentemente ☐ Casi siempre

Recuerdo mejor las cosas si las escribo.

☐ Casi nunca ☐ De vez en cuando ☐ A veces ☐ Frecuentemente ☐ Casi siempre

Estudio mejor cuando repito la información en voz alta.

☐ Casi nunca ☐ De vez en cuando ☐ A veces ☐ Frecuentemente ☐ Casi siempre

Gráficos, fotos y mapas me ayudan a entender lo que estoy leyendo.

☐ Casi nunca ☐ De vez en cuando ☐ A veces ☐ Frecuentemente ☐ Casi siempre

Presto mejor atención si tengo una merienda mientras estudio.

☐ Casi nunca ☐ De vez en cuando ☐ A veces ☐ Frecuentemente ☐ Casi siempre

Me gusta escuchar música mientras estudio.

☐ Casi nunca ☐ De vez en cuando ☐ A veces ☐ Frecuentemente ☐ Casi siempre

Tengo la habilidad de visualizar la información cuando estudio.

☐ Casi nunca ☐ De vez en cuando ☐ A veces ☐ Frecuentemente ☐ Casi siempre

Nombre: _____

Se me hace fácil recordar chistes.

☐ Casi nunca ☐ De vez en cuando ☐ A veces ☐ Frecuentemente ☐ Casi siempre

Cuando estoy inquieto puedo concentrarme mejor si me muevo dando golpecitos con el pie, jugando con un lápiz o moviéndome un poco.

☐ Casi nunca ☐ De vez en cuando ☐ A veces ☐ Frecuentemente ☐ Casi siempre

Prefiero trabajar solo/sola.

☐ Casi nunca ☐ De vez en cuando ☐ A veces ☐ Frecuentemente ☐ Casi siempre

Prefiero trabajar con un amigo/amiga.

☐ Casi nunca ☐ De vez en cuando ☐ A veces ☐ Frecuentemente ☐ Casi siempre

Prefiero trabajar en un grupo de tres o más personas.

☐ Casi nunca ☐ De vez en cuando ☐ A veces ☐ Frecuentemente ☐ Casi siempre

Me es difícil hablar en frente de la clase y/o participar en discusiones.

☐ Casi nunca ☐ De vez en cuando ☐ A veces ☐ Frecuentemente ☐ Casi siempre

Me es difícil leer en voz alta.

☐ Casi nunca ☐ De vez en cuando ☐ A veces ☐ Frecuentemente ☐ Casi siempre

Me es difícil controlar mi temperamento.

☐ Casi nunca ☐ De vez en cuando ☐ A veces ☐ Frecuentemente ☐ Casi siempre

Me es fácil controlar mi temperamento si hago lo siguiente:

2. ¿Alguna vez has recibido o estas recibiendo alguno de los siguientes servicios? (Marca todos los que apliquen)

- | | |
|---|---|
| ☐ Terapia del Lenguaje/del habla | ☐ Servicios de Educación Especial en Escuela |
| ☐ Terapia Ocupacional | ☐ Consejería |
| ☐ Terapia Física | ☐ Programa Educativo Individualizado, IEP o Plan 504 |
| ☐ Medicamentos (no incluyas vitaminas) | ☐ Otros Servicios |

3. Aprendo mejor cuando:

Nombre: _____

4. No me gusta cuando me piden hacer lo siguiente:

5. Actividades/cosas que me motivan:

6. Actividades que no me gustan hacer:

7. Asignaturas que me gustan o soy bueno/a

8. Asignaturas que me son difícil:

9. Después de la escuela secundaria, me gustaría:

10. ¿Hay algo más que quisieras compartir con nosotros acerca de ti?

****Si quieres hablar con alguien sobre alguna de estas preguntas, por favor marcar aquí***

☐