



Foto

APLICACIÓN DE DESPUES DEL PROGRAMA ESCOLAR 2019-2020

Success Despues del programa escolar 2019-2020 (Grado 6-12):
Fechas: Agosto 20, 2019- Mayo 29, 2020 (Martes, Miércoles, Jueves, Viernes 2:30PM-5:30PM)

Success Program

- Miami Central High: 1781 NW 95th St Miami, Fl 33147
- John A. Ferguson High: 15900 SW 56th St Miami, Fl 33185

Cómo se enteró de nuestra organización / programa?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cuidado de niños | <input type="checkbox"/> Walk-ins | <input type="checkbox"/> FDLRS |
| <input type="checkbox"/> Otros programas financiados por el Fideicomiso | <input type="checkbox"/> Autorreferencia | <input type="checkbox"/> Asociaciones de apoyo familiar y de vecindad |
| <input type="checkbox"/> Referencia interna | <input type="checkbox"/> DCF / Nuestros niños / Bienestar infantil | <input type="checkbox"/> Intervención de absentismo MDCPS |
| <input type="checkbox"/> Línea de ayuda (211 / Switchboard) | <input type="checkbox"/> Proveedor de atención médica | <input type="checkbox"/> Escuela |
| <input type="checkbox"/> Socios basados en la fe | <input type="checkbox"/> DJJ / Servicios Juveniles | |
| <input type="checkbox"/> Organizaciones basadas en la comunidad | <input type="checkbox"/> Ayudantes naturales | |
| | <input type="checkbox"/> Primeros pasos | |

INFORMACIÓN DEL NIÑO:

Primer nombre del menor: _____ **Segundo nombre:** _____ **Apellido del menor:** _____

Sexo del menor: Masculino Femenino

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Número del ID de MDCPS Escuela Privada

Escuela a la que asiste el menor _____ **Grado escolar del menor**
(2019-2020 Año Escolar)

¿El menor habla ingles? Sí No

Otros idiomas que se hablan en el hogar: Español Haitiano-Creole Lenguaje de señas Otro _____ Ninguno

Dirección del niño(a) _____ **Apt/Unit#:** _____ **Ciudad** _____ **Código postal:** _____

Origen étnico del menor: Hispano Haitiano Otro, explique: _____

Raza del menor: Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano
 Originario de las Islas del Pacífico Blanco Otro: _____

Estado civil/familiar: Casado No Casado Soltero/a
 Guardián Orfanatorio Otro: _____



El niño es parte del sistema de dependencia? Si No

(Ej. DCF, Nuestros Niños, Agencias de Administración de Casos Completos, Tribunales de Familia, etc.)

El niño(a) es parte del sistema de delincuencia? Si No

(Ej. Departamento de Justicia Juvenil, Programas de Citaciones Civiles, etc.)

El niño(a) recibe almuerzo gratis o reducido en la escuela? Si No

Tiene el menor seguro de salud (ex., seguro privado, KidCare, Medicaid)? Si No

(De lo contrario, podremos ayudarlo a encontrar una cobertura asequible: llame al 211 o visite www.thechildrenstrust.org). Tenga en cuenta que The Children's Trust puede ponerse en contacto con usted por correo postal, correo electrónico y / o mensaje de texto para preguntarle sobre su satisfacción con estos servicios y para informarle sobre otros programas, iniciativas y eventos financiados por Trust que puedan interesarle.)

Información de su Seguro Médico: (Si el niño tiene cobertura de seguro). De lo contrario continúe a la siguiente pregunta.

Compañía de seguro: _____ **Nombre del doctor:** _____ **Telefono:** _____

FORMULARIO DE INFORMACION DEL ADULTO

(Tenga en cuenta que el Children's Trust puede contactarlo para preguntarle sobre su satisfacción con estos servicios)

Guardián principal del niño (nombre completo): _____

Número de teléfono: _____ **Es esta una célula / teléfono móvil** Yes No **(utilizado para el**

sistema de contacto de emergencia basado en texto)

E-Mail del Cuidador Principal: _____

Guardián secundario del niño (nombre completo): _____

Número de teléfono: _____ **Es esta una célula / teléfono móvil:** Yes No **(utilizado**

para el sistema de contacto de emergencia basado en texto)

INFORMACIÓN MÉDICA DEL NIÑO

Queremos conocer mejor a su hijo para poder brindarle la mejor experiencia posible en nuestros programas. Por favor, díganos más acerca de su niño(a). Doy permiso para que esta información se envíe al "Trust" para fines de evaluación / calidad del programa.

1) ¿Cuáles son las principales formas en que se comunica su hijo(a)? (Marque todas las que apliquen)

- Habla y se le entiende fácilmente
- Habla, pero es difícil entenderle
- Usa dibujos o una pizarra para comunicarse
- Usa gestos como señalar, halar o parpadear
- Usa lenguaje de señas
- Usa sonidos que no son palabras, como gruñidos

2) ¿Qué ayuda recibe su hijo(a) en este momento, si alguna? (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Terapia o servicios de conducta | <input type="checkbox"/> Terapia física (PT) |
| <input type="checkbox"/> Consejería para problemas emocionales | <input type="checkbox"/> Servicios de educación especial en la escuela |
| <input type="checkbox"/> Medicación diaria (no incluye vitaminas) | <input type="checkbox"/> Terapia de habla/lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional (OT) | <input type="checkbox"/> Ninguna |

3) ¿Qué condiciones tiene su hijo(a) que se espera duren un año o más? (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Desorden del espectro autista | <input type="checkbox"/> Problemas de agresividad o de temperamento |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva o sordera | <input type="checkbox"/> Problemas de atención o hiperactividad (ADHD/ADD) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual / desarrollo (mayor de 5 años) | <input type="checkbox"/> Problemas de depresión o ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje (si está en edad escolar) | <input type="checkbox"/> Condición del habla o del lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Condición médica o enfermedad | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual o ceguera |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad o impedimento físico | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |

4) Tiene el niño un plan de educación individualizado (IEP) o un plan 504?

- Sí (Por favor adjunte) No

5) ¿Alguna de las condiciones marcadas arriba hace más difícil para su hijo hacer cosas que otros niños de la misma edad pueden hacer?

- Sí No

6) Para respaldar la participación exitosa de su hijo(a) en este programa, en qué áreas podría necesitar ayuda adicional?

- Sostener un crayón/lápiz, escribir, usar tijeras u otras tareas motoras finas
- Deportes o actividades físicas tales como correr u otras tareas motoras
- Controlar los sentimientos y la conducta
- Actividades académicas, de aprendizaje o de lectura
- Adaptar las actividades para una discapacidad visual o auditiva
- Necesita asistencia: silla de ruedas, muletas, aparato ortopédico o andador
- Necesita ayuda para comer, ir al baño o cambiarse de ropa
- Otro _____
- Ninguno

7) Por favor **circule** y/o agregue si algo aplica a su hijo en la tabla a continuación. Si no se aplica nada, **escriba N/A**.

Medicamentos que afectan: el aprendizaje, las actividades físicas o de índole Social	Alergias a los siguientes alimentos:	Otras alergias graves:	Condiciones de salud crónica:	Limitaciones físicas que afectan : el aprendizaje, las actividades físicas o de índole Social
<ul style="list-style-type: none"> • Antibióticos • Medicamentos para la Salud crónica • Medicamentos para la Hiperactividad Otros: _____ 	<ul style="list-style-type: none"> • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ 	<ul style="list-style-type: none"> • Césped • Mosquitos • Picaduras de abejas • Penicilina • Otro: _____ _____ _____ 	<ul style="list-style-type: none"> • Asma • Diabetes • Anemia "Sickle Cell" • Condición de piel • Las alergias estacionales • Reacción al sol • Convulsiones Otros: _____ 	<ul style="list-style-type: none"> • Otros no especificadas más arriba: _____ _____ _____ _____ _____

A menos que sea **ESPECIFICADO** arriba, el niño/a en esta aplicación se encuentra en **buen estado de salud** y **no tiene** ninguna condición médica, alergias de alimentos, alergias crónicas o condiciones de salud graves. Mi hijo/a no toma medicamentos recetados y sus vacunas están al día.

Si usted considera que hay algo más que debemos saber para asegurarnos del bienestar de su hijo/a, por favor comuníquelo al Supervisor del programa. Toda información es confidencial y las aplicaciones se guardan bajo llave en un lugar seguro. Al firmar a continuación estoy de acuerdo con lo siguiente.

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA DEL NIÑO

Entiendo que se harán todos los esfuerzos posibles para que me comuniquen si mi hijo se enferma o se lesiona en el programa o en una excursión. Si a juicio del personal o profesional médico, si mi retraso en llegar podría poner en peligro la salud de mi hijo/a, por la presente autorizo al personal o profesional médico a asegurar cualquier tratamiento médico que se considere necesario, incluyendo la administración de anestésicos y cirugía. **EN EL CASO EN QUE NADIE PUEDA SER CONTACTADO, DOY PERMISO PARA QUE MI HIJO / HIJA RECIBA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA.**

Si desea que sigamos un procedimiento médico o de emergencia diferente, escríbalo y explique a continuación: (Puede continuar al dorso de esta página):

_____ (Continúa detrás)

INFORMACION DE CONTACTO PARA EMERGENCIAS Y/O RECOGIDA TARDE

Otros números de teléfono donde puedo ser contactado: _____ / _____ / _____

Si no me pueden contactar, favor de llamar a las siguientes personas:

1. _____

Nombre
Relación con el niño
Número de celular o del trabajo
2. _____

Nombre
Relación con el niño
Número de celular o del trabajo
3. _____

Nombre
Relación con el niño
Número de celular o del trabajo

Tener en Cuenta: Cualquier familiar o amigos autorizados para recoger a su hijo, deben traer una identificación con foto válida para fines de verificación. Una copia de la misma será tomada por el personal y colocada en el archivo del estudiante para la confirmación futura. En el caso de que yo, el tutor legal no pueda recoger a mi hijo (a) a tiempo, llamaré al Supervisor y le autorizaré a dar a mi hijo/a a las personas mencionadas arriba.

POLÍTICA de 'Hope for Miami' / CONSENTIMIENTO

Política De No-Discriminación: Niños en los grados 6-12 serán aceptados en el programa Después De Clases y/o en el Campamento de Verano sin importar la raza, el credo, el estado migratorio, salud, 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 este programa. Tal como en el sistema escolar público del condado de Miami-Dade, todos los niños son bienvenidos. Niños/as con discapacidades físicas o emocionales severas, o de comportamiento agresivo, pueden encontrar programas diseñados especialmente para suplir sus necesidades a través de otros programas financiados por el Children's Trust; haremos el mayor esfuerzo para encontrar la ubicación más conveniente para cada niño.

Consentimiento del Padre/Madre o Tutor Legal del menor:

Al firmar esta solicitud, convengo y certifico lo siguiente:

- 1) **Reconozco** que la información en esta aplicación, y la información médica que he proporcionado, es **verdadera y está completa** hasta donde yo sé.
- 2) Como tutor legal del niño en esta aplicación, **Autorizo y doy consentimiento** ó (**NO autorizo ni doy consentimiento**) al personal de Hope for Miami (HFM) ni al 'Children's Trust' (TCT) ni a los proveedores de servicios para tomar o usar fotografías, fotografías digitales, imágenes en movimiento, transmisión de televisión y / o grabaciones de video (en adelante, "Grabaciones") de mí, de mis hijos o para fines educativos, de investigación, documentales y de relaciones públicas. Cualquiera de estas grabaciones puede revelar mi identidad a través de la imagen misma sin ninguna compensación para mí, mis hijos (ya sean hijos naturales o asignados por la corte). En lo que respecta al uso de las Grabaciones tomadas de mí o mis hijos, renuncio a todas las reclamaciones presentes y futuras que pueda tener contra TCT ó HFM, su personal, proveedores de servicios, empleados, agentes, afiliados y/o miembros de la Junta Directiva
- 3) **Entiendo** que la participación de mis hijos en este programa auspiciado por Hope for Miami, el Children's Trust y sus asociados, involucra educación física, comidas y paseos fuera del programa o paseos de verano. Ya que estas actividades pudieran conllevar algún tipo de riesgo para la salud física y emocional de mi hijo, por la presente libero, excuso de responsabilidad y renuncio a todas las reclamaciones relacionadas con las actividades del programa después de clase o campamento de verano de HFM, al sitio o lugar del programa y todos sus empleados, oficiales, directores, agentes, tutores, supervisores y voluntarios, asociados con el programa de campamento de verano o de después de clase.
- 4) **Entiendo** que ningún medicamento o equipo médico será administrado por el personal de Hope for Miami a mi hijo/a sin previo consentimiento firmado por el padre/madre o por el guardián legal del menor de la forma llamada "AUTORIZACION PARA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS". También en tal caso que se necesite, daremos instrucciones escritas y aprobadas por el médico, de cómo administrar el medicamento o de cómo utilizar el aparato médico y la frecuencia del mismo. (Para más información, favor de consultar el Manual del programa para los Padres).
- 5) Como mi hijo asiste a un programa después de clase financiado por el Children's Trust (ya sea campamento de verano o después de clase), **reconozco** y entiendo que mi hijo debe cumplir con todas las normas referentes a su conducta y pólizas y regulaciones que el programa tiene establecido. El incumplimiento de estas reglas, puede conducir a la suspensión o al retiro de mi hijo/a del programa. También reconozco haber recibido un **Manual para los Padres**, el cual detalla la política y procedimientos relacionados con mi hijo/a y el programa.
- 6) El programa Out-of-school (Campamento de Verano o Después de Clases) puede tener lugar en las instalaciones de una Iglesia. El propósito principal del programa es el enriquecimiento académico en un ambiente seguro, durante las actividades fuera de la escuela o campamento de verano. Sin embargo, su hijo puede ser invitado a participar en actividades de la iglesia o **recibir instrucción religiosa opcional**. A menos que el padre o tutor haya dado permiso expreso por escrito para participar en la instrucción religiosa, no se pedirá a ningún niño que participe, y no se usarán fondos del Trust como pago a dichos maestros, libros u otros gastos relacionados con la instrucción religiosa. Dicha instrucción será dada por ministros o voluntarios de la iglesia.

Autorizo a mi hijo a participar. **No autorizo** a mi hijo a participar.

- 7) Mi hijo llegará y saldrá del programa después de clase de la siguiente manera:

7/2019

Llegada: En autobús / Van. Caminando de la escuela. Con persona / pariente autorizado.
 Con padres / tutores Manejando por su cuenta

Salida del Programa: En autobús / Van. Caminando de la escuela. Con persona / pariente autorizado.
 Con padres / tutores Manejando por su cuenta

No doy permiso, bajo ninguna circunstancia, para que mi hijo / a salga del programa con _____.
Relación con el niño: _____. Si es posible traer una foto para mantener en archivo. Ningún niño puede irse a casa con alguien que no esté en su lista aprobada.

- 8) Estoy de acuerdo en hacer todo lo posible para asegurar que mi hijo participe en el programa todos los días, a menos que él / ella esté demasiado enfermo para asistir. También estoy de acuerdo en que yo o mi representante designado firmaremos la entrada o **salida de mi hijo cada día** que asista al programa.
- 9) **Entiendo** que soy responsable de recoger a mi hijo al finalizar el programa o de arreglar para que una persona autorizada lo recoja. Sólo aquellas personas previamente autorizadas por escrito, pueden abandonar las instalaciones con mi hijo. Para los sitios de Success y Genesis, tres retiros tardíos resultarán en la terminación del programa. El programa termina a las **5:30 PM** todos los días.
- 10) **Entiendo** que necesito llamar al supervisor del programa cuando mi hijo este ausente.
- 11) **Entiendo** que estoy liberando al Programa después de la escuela/campamento de verano, de cualquier responsabilidad una vez que mi hijo haya salido del programa.

Doy mi permiso para que la información en esta solicitud sea enviada a The Children's Trust para fines de calidad y evaluación del programa. El Children's Trust proporciona fondos para nuestro programa. Si está interesado en otros servicios financiados por The Children's Trust, por favor llame al 211 o visite www.thechildrenstrust.org. Para recursos de necesidades especiales para su hijo, visite www.advocacynetwork.org o www.thechildrenstrust.org/cwd

Estoy firmando que he revisado y aceptado todos los términos y condiciones descritos en esta solicitud, todas las normas del programa, Políticas y Procedimientos y también que he recibido el Manual para los Padres:

Firma del Padre / Guardián

Fecha

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:

Important Information: Success Programs are **FREE** of charge

Family Handbook given: Yes No
(Please make sure parent signs the acknowledgement)

FOR STAFF USE ONLY (MUST BE COMPLETED)

Verified by: _____ Date of registration: _____ Copy to HFM Office Personnel: _____

Start Date: _____ Withdrawn Date: _____ Returned Date: _____
(When Applicable)