

City of Hialeah Education & Community Services Department
Young Leaders with Character Program



Manual del Programa / Lista de Estudiantes

Este manual contiene la información necesaria sobre los programas de “Young Leaders with Character” ofrecido a través del Departamento de Educación y Servicios Comunitarios de la Ciudad de Hialeah. Por favor utilice esta lista de chequeo para cerciorarse de haber recibido y presentado toda la documentación necesaria para la inscripción.

Al inscribir al menor, el padre o la madre recibirá un paquete de registro que incluye:

- Formularios de Inscripción
- Manual del Programa, el cual contiene:
 - Información sobre el Programa
 - Políticas y Procedimientos, incluyendo Políticas sobre Asistencia y Disciplina
 - Información sobre el Sitio
- Formulario demográfico de estudiantes del Nita M. Lowey 21St CCLC
- Formulario de Florida Heiken para Exámenes de la Vista

Para completar el proceso de inscripción del niño, los padres deben presentar los siguientes documentos: *(Verifique los siguientes puntos.)*

- _____ Formularios de Registro
- _____ Copia de Acta de Nacimiento o Pasaporte
- _____ Actual foto de niño
- _____ Prueba de residencia - copia de cobro de utilidad
- _____ Copia del Reporte de Calificaciones escolar o carta que identifique la escuela del niño(a) y el numero de identificación escolar del niño(a).
- _____ Formulario demográfico de estudiantes del Nita M. Lowey 21St CCLC
- _____ Formulario de Florida Heiken para Exámenes de la Vista
- _____ Formulario autorizando que el/la niño(a) camine a pie hasta la casa (si procede)

Por favor firme a continuación para la inscripción.

Nombre del niño: _____ Sitio: _____

Yo _____ he recibido el manual para padres de “Young Leaders with Character” y he presentado toda la información requerida.

Padre / madre / tutor Firma: _____ Fecha: _____

Name of Staff Registering Student: _____ Date: _____

Camp Director Signature of Approval: _____ Date: _____

* No student can begin the program if they have missing and/or have incomplete paperwork.

** Staff must take completed file to camp director for approval before student can begin program.

City of Hialeah Education & Community Services Department
Young Leaders with Character



ATTACH
CURRENT
PHOTO
of
CHILD

Programa De Verano 2022

INFORMACIÓN DEL SITIO

- Henry H. Filer Middle School - 531 West 29 Street
- Hialeah Educational Academy - 2590 West 76 Street
- Hialeah Middle School - 6027 East 7 Avenue

INFORMACIÓN SOBRE EL MENOR

ECS STAFF: Fecha de Registración: _____

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono Celular: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Género: M / F

Raza del menor: Nativo Americano / Nativo de Alaska Asiático Negro / Afroamericano
 Originario de las islas del Pacífico Blanco Otro, por favor explique _____

Origen : Hispano Haitiano Otro, por favor explique _____

Idioma principal del menor: Inglés Español Haitiano-Creole Otro _____

Número del Seguro Social del menor: _____ No SSN Preferido no dar SSN

ID de MDCPS _____ No MDCPS ID Preferido no dar el MDCPS ID

Escuela del Menor: _____ **Grado** (durante el año 22-23): _____

ECS STAFF Verified Proof of Grade and School (Report Card, Letter from School, Other)

INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

Contacto Primario Padre/Madre o Guardián Legal Correo Electrónico: _____
Nombre: Sr. Sra. _____ Teléfono de la Casa: _____
Dirección: _____ Teléfono Celular/Empleador: _____

Contacto Secundario Padre/Madre o Guardián Legal Correo Electrónico: _____
Nombre: Sr. Sra. _____ Teléfono de la Casa: _____
Dirección: _____ Teléfono Celular/Empleador: _____

Personas para contactar en emergencias Si no es posible localizar a los padres o guardián, por favor escriba el nombre de dos personas para comunicarnos con ellas en caso de una emergencia.
Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

PERSONA (S) AUTORIZADA(S) PARA RETIRAR AL MENOR DESPUES DEL PROGRAMA

1. _____ 2. _____ 3. _____
Teléfono : _____ Teléfono : _____ Teléfono : _____

SU HIJO NO PODRA SER RETIRADO POR NINGUNA PERSONA QUE NO ESTE EN ESTA LISTA.

Nota: En caso de una emergencia, por lo menos un padre, guardián, o persona indicada como contacto de emergencia, debe de estar disponible para llegar y responder al sitio del programa a no más tardar de 15 minutos. La persona indicada a responder a la emergencia debe de estar autorizada de tomar una decisión de emergencia médica de parte del menor.

INFORMACIÓN MÉDICA

¿Su hijo (a) tiene seguro medico (seguro privado, KidCare, Medicaid)? Si No

¿Su hijo (a) tiene alguna **alergia** (ex., comida, medicina)? Si No Por favor explique _____

¿Su hijo (a) tiene alguna **condición medica o discapacidad**? Si No
Si la respuesta es sí, por favor explique y marque las casillas correspondientes _____
Si la respuesta es sí, como la clasificaría usted? (marque las casillas correspondientes)

<input type="checkbox"/> Desordenes del espectro autista	<input type="checkbox"/> Dificultad de aprendizaje
<input type="checkbox"/> Enfermedad crónica (diabetes, asma severa, convulsiones , epilepsia)	<input type="checkbox"/> Discapacidad física
<input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo	<input type="checkbox"/> Impedimento de lenguaje
<input type="checkbox"/> Desorden emocional y/o del comportamiento (ADD / ADHD / OCD / PTSD)	<input type="checkbox"/> Discapacidad visual
<input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva (o sordera)	<input type="checkbox"/> Otra documentación _____
<input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectuales	

Nota: Si "asma" es seleccionada como una enfermedad crónica, favor de seleccionar : Agudo o Alergias Temporales

¿Su hijo (a) tiene alguna **discapacidad documentada**? Si No
Si la respuesta es sí marque las casillas correspondientes

<input type="checkbox"/> plan Educativo Individual (PEI)	<input type="checkbox"/> diagnostico medico
<input type="checkbox"/> plan de la Sección 504	<input type="checkbox"/> otra documentación _____
<input type="checkbox"/> Declaración por el padre o tutor que describe las condiciones específicas y / o necesidad de adaptaciones del niño(a)	

TRANSPORTACION

Yo autorizo a la Ciudad de Hialeah a transportar al participante desde y hasta el programa/eventos/excursiones que esté patrocinado y aprobado por el Programa *Young Leaders with Character*.

Yo no autorizo a la Ciudad de Hialeah a transportar al participante desde y hasta el programa/eventos/excursiones que esté patrocinado y aprobado por el Programa *Young Leaders with Character*

SOLICITUD PARA QUE UN MENOR PARTICIPE EN LOS PROGRAMAS Y EVENTOS PATROCINADOS O APROBADOS POR LA CIUDAD DE HIALEAH Y CONVENIO DE RENUNCIA A RECLAMACIONES

PARTICIPACIÓN: Por medio del presente documento doy permiso para que el participante nombrado en este formulario participe en el **Programa de Verano, "Young Leaders with Character) ofrecido por la Ciudad de Hialeah**, desde el 6/13/2022 hasta el 8/16/2022. Mi permiso entrará en vigor una vez yo firme esta Solicitud/Convenio de Renuncia a Reclamaciones. He dado instrucciones al participante para que obedezca, en todo momento, todas las instrucciones, órdenes y directrices dadas por los representantes autorizados de la Ciudad de Hialeah o sus personas designadas. Autorizo además a la Ciudad de Hialeah para que filmen y/o fotografíen al participante en dicho programa o evento con fines de promoción del mismo.

RENUNCIA A RECLAMACIONES: Yo, el abajo firmante, a nombre propio y del participante, renuncio a demandar y descargo perdurablemente a la Ciudad de Hialeah, a sus Funcionarios, Agentes, Empleados, Consejeros, Voluntarios y a sus sucesores y personas designadas (todas las cuales constituyen las partes eximidas) de todo tipo de responsabilidades, reclamaciones, acciones, daños, costos o gastos que el participante pueda tener contra las partes eximidas como consecuencia de la participación en el programa o evento patrocinado o aprobado por la Ciudad de Hialeah, o de alguna manera en relación con dicha participación en el mismo, incluyendo el viaje hacia y desde dicho programa o evento, e incluyendo lesiones o daños a personas o propiedades, o que ocasionen el fallecimiento del participante, ya sea por **NEGLIGENCIA** de las partes exoneradas o por otro motivo.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO: Doy permiso para que el médico o el personal médico designados por la Ciudad de Hialeah puedan llevar a cabo cualquier tratamiento médico menor que se considere necesario, o para que mi hijo sea llevado para ser atendido en la sala de emergencias del hospital más cercano, en caso necesario.

Yo, el abajo firmante, soy el padre o acudiente del menor de edad arriba mencionado. He leído y entiendo plenamente las estipulaciones de esta Solicitud/Convenio de Renuncia a Reclamaciones y se las he explicado a dicho menor. Por el presente documento acepto que el menor y yo nos ceñiremos a lo aquí acordado. Entiendo que, a fin de brindar el tratamiento médico necesario a mi hijo, puede haber un intercambio o una divulgación de información confidencial o protegida de salud entre proveedores médicos y la Ciudad de Hialeah. Autorizo a la Ciudad de Hialeah a intercambiar o divulgar la información confidencial o protegida de salud de mi hijo con tales proveedores médicos, así como el siglo 21 por los Centros Comunitarios de Aprendizaje. Además, entiendo que la Ciudad de Hialeah protegerá la información confidencial o protegida de salud de mi hijo y cumplirá con las leyes federales y estatales vigentes al no revelar tal información a terceros que no necesiten conocerla.

Bajo san en caso de falso testimonio, declaro que he leído esta Solicitud/Convenio de Renuncia a Reclamaciones y que los hechos aquí declarados son ciertos.

Toda información ofrecido en esta aplicación es correcta, además he recibido del departamento de ECS el folleto para padres y la poliza disciplinarian del programa. Yo también autorizo el envío de ésta información a 21st Century Community Learning Centers Program para fines de seguimiento y evaluación del programa.

Firma de Padres / Guardián Legal _____

Fecha _____

TO BE COMPLETED BY ECS STAFF

Verified By: _____ Date: _____ Proof of Address: _____ Start Date: _____
PRINT NAME DOCUMENTATION PROVIDED

El Programa *Young Leaders with Character* de la Ciudad de Hialeah que se ofrece despues del horario escolar normal es financiados por el 21st Century Community Learning Centers Program y con el apoyo de la Ciudad de Hialeah





Demográfica del Alumno Verano 2022



Escuela: Henry H. Filer Hialeah Educational Academy Hialeah Middle School

Nombre:

Apellido:

Fecha de Nacimiento:

ID de MDCPS :

Este es el número utilizado por su distrito escolar para informar datos al Departamento de Educación de la Florida. Si no está seguro de tener el número correcto, comuníquese con la oficina de Ingreso de Datos del Distrito (MIS).

¿Cuál es el género de este estudiante? Femenino Masculino

¿Cuál es el nivel de grado del estudiante? (6, 7, 8)?

*Nivel de grado a partir de 2022-2023

¿Qué edad tiene el estudiante (use números enteros para denotar años)?

¿Cuál es el grupo racial de este estudiante (marque todo lo que corresponda)?

- Blanco
- Negro / Afroamericano
- Asiático
- Nativo Hawaiano / Isleño del Pacífico
- Nativo Americano / Nativo de Alaska

¿Este estudiante es hispano o latino? Si No

¿Este estudiante es bilingüe? Si No

¿Se ha identificado a este estudiante con dominio limitado del inglés (LEP / ESOL)?

Si No

¿Se ha identificado a este estudiante con una necesidad o discapacidad especial (es decir, ESE)?

Si No

¿Este estudiante ha sido identificado como dotado o talentoso por MDCPS?

Si No

¿Este estudiante es identificado como "sin hogar" de acuerdo con las definiciones del distrito?

Si No

¿Es ELEGIBLE este estudiante para el programa de comidas gratuitas o de precio reducido?

Si No

¿Este estudiante proviene de una familia monoparental?

No Si (Femenino) Si (Masculino)

Date Completed:

Starting Date:

City of Hialeah Education & Community Services Department
YOUNG LEADERS WITH CHARACTER



Contrato de Asistencia

Entiendo:

- La asistencia/puntualidad es obligatoria y los participantes deben estar presentes durante la duración del programa.
- Los padres o acudientes deben avisar con la debida anticipación al Director del Campamento si el estudiante no va a asistir.
- Si un estudiante no asiste, el Director del Campamento llamará y notificará a los padres ese mismo día.
- Todas las ausencias y llamadas se registran por escrito.

Entiendo que en los siguientes casos se notificará al padre o a la madre, y el estudiante puede ser retirado del programa:

- Luego de 5 días consecutivos de ausencia sin justificación escrita
- Si se determina un patrón de días de inasistencia
- Si se determina un patrón de recogidas tempranas
- Luego de 10 ausencias se retirará al menor automáticamente del programa y sus padres deberán inscribirlo nuevamente en el programa si desean que su hijo continúe.

Entiendo que aspectos serán considerados y/o aprobados por el Director del Programa. Los padres deben enviar una nota o constancia médica para justificar una ausencia:

- Vacaciones (se debe enviar una notificación previa)
- Enfermedad/Emergencia familiar (con documentación)
- Cita con el doctor (con documentación)
- Otras circunstancias.

Student Name

Student Signature

Fecha

Parent/Guardian Name

Parent/Guardian Signature

Fecha



City of Hialeah Education & Community Services Department
STEAM Ahead - YOUNG LEADERS WITH CHARACTER



Código de Conducta

Entiendo y acepto:

- Tratar a los demás con respeto
- Conducirme con respeto propio
- Tratar la propiedad con respeto
- Llegar a tiempo

Entiendo ejemplos de comportamiento aceptable:

- Participar
- Buenos modales
- Jugando
- Estudiando
- Divirtiéndose
- Ayudando a otros

Entiendo ejemplos de comportamiento inaceptable:

- | | |
|------------------|--------------------------------|
| • Intimidación | • Tirar cosas |
| • Insolencia | • Rompiendo las reglas |
| • Vandalismo | • Gritar o insultar a otros |
| • La crueldad | • Profanidad |
| • Egoísmo | • Robando |
| • Peleando | • Tardanza |
| • Juego de manos | • Falta de respeto al personal |

Student's Name: _____

Student's Signature

Date

Parent's Signature

Date



CITY OF HIALEAH EDUCATION & COMMUNITY SERVICES DEPARTMENT
Creative Learning & Play Program, STEP Ahead, and Young Leaders with Character



Pautas para padres sobre el Covid-19 y el campamento de verano

- Mantenga a los participantes en casa cuando estén enfermos.
- A los niños se les tomará la temperatura al llegar cada día del campamento.
- Participantes que tengan fiebre de 100,40 (38,00 C) o más u otros signos de enfermedad no serán admitidos en el centro.
- Si un participante comienza a sentirse enfermo mientras está en el programa, el participante sera aislado en la sala/área de aislamiento. Se contactará al padre/tutor y tendrá 30 minutos para recoger al niño.
- Los programas han implementado un sistema de registrarse sin contacto y serán manejado por nuestro personal. Los padres/tutores y cualquier persona en la lista de recogida aprobada deberán mostrar su licencia para recoger al participante.
- Se debe usar una mascarilla en todo momento, a excepción de la hora del desayuno, almuerzo y/o merienda.
- De acuerdo con las pautas de la CDC, todos los estudiantes permaneceran separados por al menos 3 pies en las aulas y 6 pies durante la hora del desayuno, almuerzo y/o merienda.
- Para fines de rastreo de contactos, a los estudiantes se les asignará un grupo donde permanecerá durante la duración del campamento. Dependiendo del programa, a los estudiantes también se les asignará un asiento y los suministros necesarios.

He leído y cumpliré las Pautas sobre el COVID-19 del Campamento de Verano establecidas por el Departamento de ECS.

Nombre del estudiante

Programa

Firma de Padre/Tutor

Fecha

