

City of Hialeah Education & Community Services Department
Creative Learning & Play Program



Kids' Day Off / Winter & Spring Break Camps
2022-2023

ADJUNTAR
FOTO
CORRIENTE
DEL NIÑO

SITIO DEL PROGRAMA

Goodlet Adult 900 W. 44th Place

Posible Sitios Adicionales (para ser anunciado):

- Babcock 651 E. 4th Avenue
 Slade Park 2501 W. 74th Street

INFORMACIÓN SOBRE EL MENOR

ECS STAFF: Registration date _____

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

Horas de operación: 7:30am a 6:30pm **días de la semana:** lunes - viernes
Comidas típicamente servida bajo nuestro cuidado: Ninguno - Llevar almuerzo y merienda en los días de la escuela no está en sesión

Origen : Hispano Haitiano Otro, por favor explique _____

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

¿El niño(a) es competente en inglés? Sí No

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

Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social del menor _____ **(Requerido)**

ID de MDCPS _____ No MDCPS ID Explique la razón por que _____

Escuela del menor: _____ **Grado** (durante el año 2021-22): _____

ECS STAFF: Verified Proof of Grade (Report card, Letter, other)

INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

CUSTODIA Madre Padre Madre y Padre Otro _____

¿Vive el menor con un guardián legal distinto de la madre o el padre? Sí No

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 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

Le doy permiso al personal de este servicio a comunicarse con el siguiente personal médico de emergencia para obtener atención médica si se justifica.

Medico: _____ Dirección _____ Teléfono _____

Medico: _____ Dirección _____ Teléfono _____

Hospital Preferido: _____

Por favor haga una lista de las alergias, necesidades médicas especiales o dietéticas, u otras áreas de interés:

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

Si Ud. está interesado(a) en otros servicios financiados por The Children's Trust o necesita ayuda para encontrar una cobertura económica, por favor llame al 211 o visite www.thechildrenstrust.org

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

¿Su hijo (a) tiene alguna **condición medica** o **discapacidad documentada**? 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"/> Deseabilidad 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"/> Deseabilidad visual (o ceguera) |
| <input type="checkbox"/> Deseabilidad auditiva (o sordera) | <input type="checkbox"/> Otra documentación _____ |
| <input type="checkbox"/> Deseabilidades Intelectuales (o RM) | |

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

Si la respuesta es sí marque las casillas correspondientes

- Plan de Educación Individualizada del sistema escolar (Individualized Education Plan- IEP)
- Plan Sección 504 (Section 504 Plan)
- Diagnóstico médico
- Diagnóstico de un profesional con licencia o certificado por el estado (ex., psicólogo/a)
- Información provista por el padre/madre o guardián legal describiendo la condición específica del menor y/o la necesidad de adaptaciones relacionadas a la discapacidad

Información práctica sobre el 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 en los días de planeamiento de maestros y en el receso de Invierno y Primavera.
- 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 en los días de planeamiento de maestros y en el receso de Invierno y Primavera.

DCF NUMEROS DE LICENCIA

Babcock # C11MD2033

Goodlet # C11MD2737

Slade # C11MD2032

REQUISITOS DE DCF

- Sección 65C-22.006 (2), FAC, requiere de un registro de vacunación actual (Formulario 680 o 681) dentro de los 30 días de la inscripción.
- Sección 402.3125 (5), FS, requiere que los padres reciban una copia del *folleto de cuidado infantil de del centro*
- Sección 65C-20.010 (6) (c) 2., FAC, requiere que los padres son notificados por escrito de las prácticas disciplinarias aplicadas por el centro de cuidado infantil

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 después del horario escolar, *Aprendizaje y Juego Creativo*, ofrecido por la Ciudad de Hialeah, desde el _____ hasta el _____. 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 fotografien 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 con The Children's Trust. 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 ofrecida en esta aplicación es correcta, además he recibido del departamento de ECS el folleto para padres y la póliza disciplinaria del programa. Yo también autorizo el envío de ésta información a The Children's Trust 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: _____

Original to Site: _____ Enrollment Date: _____ Documentation Provided

