City of Hialeah Education & Community Services Department
Young Leaders with Character Academic Achievers 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 de Autorización de MDCPS para sacar los registros de estudiantes
- Formulario de ECS de Intercambio de Información
- Formulario demográfico de estudiantes del 21st CCLC

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).
_____ Copia de la escuela de prueba de aceptación JMMA o HEA
_____ Formulario de Solicitud de Registros de Estudiantes MDCPS
_____ Formulario de Solicitud de Registros de Estudiantes ECS
_____ Formulario demográfico de estudiantes del 21st CCLC
_____ 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-Academic Achievers

ATTACH CURRENT PHOTO of CHILD

Programa Después de la Jornada Escolar 2016-2017

INFORMACIÓN DEL SITIO

- ☐ Hialeah Educational Academy 2590 W 76th Street
- ☐ Jose Marti Mast Academy 5701 W 24th Avenue

INFORMACIÓN SOBRE EL MENOR **ECS STAFF: Fecha de Registración:** _____

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de la Casa: _____ 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 2016-17): _____

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 departe 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 si, como la clasificaría usted? (marque las casillas correspondientes)

- ☐ Desordenes del espectro autista
- ☐ Enfermedad crónica **(diabetes, asma severa, convulsiones , epilepsia)**
- ☐ Retraso del desarrollo
- ☐ Desorden emocional y/o del comportamiento (ADD / ADHD / OCD / PTSD)
- ☐ Deseabilidad auditiva (o sordera)
- ☐ Deseabilidades Intelectuales (o retraso mental)
- ☐ Dificultad de aprendizaje
- ☐ Deseabilidad física
- ☐ Impedimento de lenguaje
- ☐ Deseabilidad visual
- ☐ Otra documentación _____

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

- ☐ plan Educacional Individual (PEI)
- ☐ plan de la Sección 504
- ☐ diagnostico medico
- ☐ otra documentación _____
- ☐ 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 después de la Jornada Escolar, "Young Leaders with Character") 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 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 ofrecida en esta aplicación es correcta, además he recibido del departamento de ECS el folleto para padres y la póliza disciplinaría 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:** _____ **Enrollment Date:** _____

PRINT NAME DOCUMENTATION PROVIDED

La Ciudad de Hialeah jóvenes líderes con carácter se encuentra fuera de los programas escolares son financiados por el siglo 21 por los Centros Comunitarios de Aprendizaje de subvención con el apoyo de la Ciudad de Hialeah.

Departamento de Educación y Servicios Comunitarios de la Ciudad de Hialeah
Programa de Liderazgo Juvenil

Convenio sobre Intercambio de Información Escolar
Agosto del 2016 – Junio del 2017

Apreciados Padres del Programa de Liderazgo Juvenil,

El *Programa de Liderazgo Juvenil* (*Young Leaders with Character Program Academic Achievers, YLC AA)* patrocinado por *21 Century Community Learning Centers* está dedicado que los estudiantes del programa vivan experiencias que enriquezcan su educación. Para evaluar nuestro programa que pedimos
que usted permita que la escuela de su hijo(a) comparta información con el programa YLC-AA.

El personal del *Programa de Liderazgo Juvenil* trabajará en forma coordinada con el personal de la escuela de su hijo(a). La información compartida puede incluir, entre otras cosas, registros de asistencia, calificaciones, trabajo hacho en el salón de clase, puntajes de pruebas estandarizadas e informes disciplinarios. Esta forma de compartir información tiene un doble beneficio: 1) establecerá un plan efectivo de comunicación entre el programa y la escuela de su hijo(a), y 2) ayudará al programa a determinar las áreas en que su hijo(a) necesitará respaldo y tutoría adicional.

Una vez más gracias por su participación y compromiso con esta experiencia emocionante y gratificante para su hijo(a).

Cordialmente,

Yasmin Fernandez
Directora del Proyecto YLC-AA

Yo entiendo y estoy de acuerdo en permitir el intercambio de información de mi hijo(a) como parte de el programa *Young Leaders with Character Academic Achievers* patrocinado por 21st Century Community Learning Centers. No se limita a los registros de asistencia, calificaciones de los estudiantes, las puntuaciones de los exámenes estandarizados, y los informes disciplinarios.

Nombre del niño(a) _____
Firma* del Padre o Custodio_____ Fecha_____

Sede del Lugar del Programa Después de la Jornada Escolar _____

La escuela del niño(a) está situada en _____

*Se requiere por lo menos una firma para completar el proceso de registro

Miami-Dade County Public Schools
Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade
Autorización de entrega de expedientes e Información

Nombre del/de la alumno/a: _____ Fecha de nacimiento: _____

Documentos requeridos: (por favor marque el espacio apropiado)

_____ Informe Sicológico
✓ Resultado de las pruebas
_____ Expediente Médico
_____ Asistencia escolar
✓ Boletín de calificaciones
✓ Otro (especifique) FSA 15-16 & FCAT de Ciencia ó equivalente de prueba estatal.

El/los documento/os señalado/os serán entregados a:

Agencia City of Hialeah Personal Autorizado Yasmin Fernandez

Dirección 7400 West 24th Avenue, Hialeah, FL 33016

La información será suministrada con el objetivo de: reportar información requerida del programa 21st CCLC.
Por este medio autorizo que los documentos o las copias de los mismos sean entregados. Esta autorización será válida hasta julio del 2017 (fecha).

_____
Firma del padre/madre, tutor o estudiante elegible (fecha)

_____ _____
Escuela/Agencia que emite/recibe los documentos Firma del personal autorizado

_____
Cargo (fecha)

Las Escuelas Públicas del Condado de Miami-Dade cumplen con la ley pública del Derecho de Familia y la Privacidad, de 1974 Codificado en 20 U.S.C. §1232 g. Por lo tanto, todos los documentos incluídos en el expediente escolar del estudiante, con la excepción de aquellos documentos a los cuales se ha renunciado, pueden ser revisados por los padres, tutores o estudiantes elegibles.

UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN SERÁ TAN VÁLIDA COMO LA ORIGINAL

21st Century Community Learning Centers

Site Level -Student Demographic Worksheet
Program Year 2016-2017

Site Name:

First Name:

Last Name:

Date of Birth:

Student Identification Number:

This is the number used by your school district to report data to the Florida Department of Education. If you are uncertain whether you have the correct number, contact your District Data Entry (MIS) office.

What school does this student attend?

What is the gender of this student?

☐ Female ☐ Male

What is the student's grade level (6, 7, 8, 9, 10, 11, 12)?

How old is this student (use WHOLE numbers only to denote years)?

What is this student's Racial/Ethnic Group (check all that apply)?

☐ American Indian/ Alaska Native
☐ Asian/ Pacific Islander
☐ Black or African American
☐ Hispanic or Latino
☐ White or Caucasian American

Has this student been identified as having limited English proficiency (LEP/ESOL)?

☐ Yes ☐ No

Has this student been identified with a special need or disability other than LEP/ESOL (i.e., ESE)?

☐ Yes ☐ No

Is this student identified as "Homeless" according to the district definitions?

☐ Yes ☐ No

Is this student ELIGIBLE for the free or reduced meal program?

☐ Yes ☐ No

Does this student come from a single parent family?

☐ No ☐ Yes (Female Headed) ☐ Yes (Male Headed)