



ATTACH  
CURRENT  
PHOTO  
Of  
STUDENT

**Programa de Enriquecimiento de la Juventud 2018-2019**

**INFORMACION SOBRE EL MENOR**

**ECS STAFF: Registration date** \_\_\_\_\_

**TCT #** \_\_\_\_\_

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_  
 Dirección: Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género:  M /  F

**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** \_\_\_\_\_ No SSN Preferido no dar SSN

**ID de MDCPS** \_\_\_\_\_ **No MDCPS ID Preferido no dar el MDCPS ID**

**Escuela actual del menor :** \_\_\_\_\_ **Grado (durante el año 2018-19):** \_\_\_\_\_

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

**INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA**

**CUSTODIA (Cuidador principal)**  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/Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

**Contacto Secundario Padre/Madre o Guardián Legal** Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre: Sr. Sra. \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular/Empleador: \_\_\_\_\_

*(Usted podría ser contactado por The Children's Trust con fines de mejorar la calidad de nuestros programas)*

**Número de niños que viven en el hogar (incluyendo niños participantes):** \_\_\_\_\_

**Es el participante un niño de una familia militar?**  Sí  No

*(Un miembro de la familia del niño puede ser: 1) un miembro en servicio activo de los servicios uniformados, 2) un miembro de la Guardia Nacional o la Reserva, y 3) un miembro o veterano que fue herido de gravedad y alta médica o jubilado, o 4) un miembro muerto en acto de servicio.)*

**Trabajo de campo migrante:**  Yes  No

**Sistema de dependencia:**  Yes  No

**Sistema de delincuencia:**  Yes  No

**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 DESPUÉS 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 otorgo permiso al personal de este servicio a comunicarse con el siguiente personal médico de emergencia para obtener atención médica si es necesario.

Médico: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Hospital Preferido: \_\_\_\_\_

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

¿Su hijo (a) tiene seguro médico (seguro privado, KidCare, Medicaid)?  Sí  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](http://www.thechildrenstrust.org)*

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

¿Su hijo (a) tiene alguna **condición médica** o **discapacidad documentada** ?  Sí  No

Si la respuesta es sí, por favor explique y marque las casillas correspondientes \_\_\_\_\_

*Si la respuesta es sí, cómo la calificaría usted?(marque las casillas correspondientes)*

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

**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):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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)...

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Habla y se le entiende fácilmente           | <input type="checkbox"/> Habla, pero es difícil entenderle              |
| <input type="checkbox"/> Usa lenguaje de señas                       | <input type="checkbox"/> Usa dibujos o una pizarra para comunicarse     |
| <input type="checkbox"/> Usa gestos como señalar, hablar o parpadear | <input type="checkbox"/> Usa sonidos que no son palabras, como gruñidos |

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

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

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

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

Si marcó "Ninguna de las anteriores" en la pregunta anterior, omita las siguientes dos preguntas y firme la forma al final. Si marcó cualquier otra respuesta, por favor conteste las preguntas restantes y firme la forma.

**¿Algunas de las condiciones marcadas arriba hacen que sea más difícil para su hijo(a) realizar cosas que otros niños de la misma edad pueden hacer?**  Sí  No

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

- No necesita ayuda específica
- Sostener un crayón/lápiz, escribir, usar tijeras u otras tareas motoras finas
- Deportes o actividades físicas tales como correr u otras tareas motoras gruesas
- Controlar los sentimientos y la conducta
- Actividades académicas, de aprendizaje o de lectura
- Adaptar las actividades para tener en cuenta una discapacidad visual o auditiva
- Usar dispositivo(s) de asistencia como una silla de ruedas, muletas, aparato ortopédico o andador
- Servicios personales como ayuda para comer, ir al baño o cambiarse de ropa
- Otro \_\_\_\_\_

*Si está interesado(a) en otros servicios financiados por TheChildren's Trust,*

*Por favor llame al 211 o visite [www.thechildrenstrust.org](http://www.thechildrenstrust.org)*

**Autorizo el envío de esta información a The Children's Trust para fines de calidad y evaluación del programa. The Children's Trust proporciona financiación para este programa.**

**FIRMA DEL PADRE, MADRE O GUARDIÁN \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_**

**FOR STAFF USE ONLY (MUST BE COMPLETED)**

**Staff's Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_**  
**(PRINT)**

# BECA DE DESARROLLO COMUNITARIO (CDBG)

La Ciudad de Hialeah recibe fondos del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés) de los EE. UU. para su Beca de Desarrollo Comunitario (CDBG). Los fondos recibidos de esta subvención permiten a la Ciudad de Hialeah proporcionar programas de enriquecimiento que beneficien a personas de ingresos muy bajos, bajos y moderados. Para propósitos de reporte por favor proporcione la siguiente información:

1. ¿Cuántas personas viven en tu hogar? \_\_\_\_\_

*Para determinar el tamaño de su hogar, incluya:*

- 1. usted mismo (y su cónyuge);*
- 2. la cantidad de niños que reciben más de la mitad de su apoyo de usted*
- 3. la cantidad de personas (no sus hijos o cónyuge) que viven con usted y reciben más de la mitad de su apoyo de usted*

2. ¿Cuál de estos describe el ingreso de su hogar?

- \_\_\_\_\_ \$0
- \_\_\_\_\_ \$1 to \$9 999
- \_\_\_\_\_ \$10 000 to \$24 999
- \_\_\_\_\_ \$25 000 to 49 999
- \_\_\_\_\_ \$50 000 to 74 999
- \_\_\_\_\_ \$75 000 to 99 999
- \_\_\_\_\_ \$100 000 to 149 999
- \_\_\_\_\_ \$150 000 and greater

## TRANSPORTACIÓN

**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 de Enriquecimiento Juvenil.

**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 de Enriquecimiento Juvenil.

**PARTICIPACIÓN:** Por medio del presente documento doy permiso para que el participante nombrado en este formulario participe en el programa después del horario escolar *Un Paso Adelante (STEP Ahead)*, 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 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 juramento 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 esta información a The Children's Trust para fines de seguimiento y evaluación del programa. The Children's Trust proporciona financiación para el programa.**

\_\_\_\_\_  
Firma de Padres / Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**TO BE COMPLETED BY ECS STAFF:**

Verified By: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Proof of Address: \_\_\_\_\_  
Documentation Provided

Original to Site: \_\_\_\_\_ Enrollment Date: \_\_\_\_\_



El programa después del horario escolar/verano *Un Paso Adelante (STEP Ahead)* de la ciudad de Hialeah está financiado en parte por El Fideicomiso de los Niños (The Children's Trust). El Fideicomiso de los Niños es una fuente de financiación, creada por los votantes en referéndum para mejorar la vida de los niños y las familias en Miami-Dade.



**Youth Enrichment Program 2018-2019**

**SITE INFORMATION**

Education and Community Services  
7400 NW 24<sup>th</sup> Ave.  
Hialeah, FL 33016



**Afterschool:**

**Hours:** 2:30 p.m. to 5:30 p.m.  
**Days of the Weeks in Care:** Monday - Friday

Meals served while in care: Snack

**Summer:**

**Hours:** 8:00 a.m. to 2:00 p.m.  
**Days of the Weeks in Care:** Monday - Thursday

Meals served while in care: Breakfast and Lunch

Este manual contiene información pertinente sobre STEP Ahead que se ofrece a través del Departamento de Educación y la Comunidad Los Servicios de Hialeah. Por favor, utilice esta lista para asegurarse de que ha recibido y ha presentado toda la documentación necesaria para el registro.

Al registrar a un niño, los padres recibirán un paquete de inscripción que incluye:

- Formularios de Inscripción
- Manual del Programa, el cual contiene:
  - Información sobre el Programa
  - Políticas y Procedimientos, incluyendo Políticas sobre Asistencia Disciplina
  - Información sobre el Sitio
- Normas Disciplinarias

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

- \_\_\_ Formularios de Inscripción
- \_\_\_ Copia del Certificado de Nacimiento o pasaporte
- \_\_\_ Foto Actual del Niño(a)
- \_\_\_ Prueba de Residencia – Recibo de Pago de Utilidades
- \_\_\_ Última Reporte de Calificaciones
- \_\_\_ Últimos cuatro dígitos del Social
- \_\_\_ IEP - Plan de Educación Individualizado

---

**Por favor firme a continuación para completar esta inscripción:**

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido el Manual del Programa STEP Ahead y las Políticas y  
Parent/Guardian

Procedimientos del mismo, incluidas las políticas de disciplina y asistencia, y he presentado toda la información  
requerida.

Parent/Guardians' Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

---

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
(PRINT)