

HOPE GARDENS COMMUNITY CENTER

Solicitud de Campamento de Verano de Primaria

8 de Julio - 30 de Agosto de 2019

De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

Grados K-5



422 Central Avenue, Brooklyn NY 11221

(718) 919-1020

(718) 919-1673

(347) 452-3742

NYC
Department of
Youth & Community
Development

A Program of



Coalition for Hispanic Family Services
Building Strong Communities One Family at a Time

www.HispanicFamilyServicesNY.org

Todos los siguientes componentes de la solicitud del campamento de verano deben ser COMPLETOS, o no se aceptarán:

Solicitud de admisión del participante universal DYCD

*Tenga en cuenta que su hijo debe **ingresar a los grados K-5 en septiembre de 2019**. Si su hijo ingresará a los grados 6-8, complete una solicitud para la escuela intermedia.

Formulario de examen de salud de niños y adolescentes DOH

- Debe enviar el formulario que proporcionamos u otro formulario oficial del Departamento de Salud de la Ciudad de Nueva York

- Debe ser válido (no más de un año) al momento de presentar su solicitud

- Si caduca antes del primer día del campamento de verano o durante el medio del campamento de verano, debe presentarnos un comprobante de su cita de examen de salud al menos 1 mes antes de la fecha de vencimiento.

1 foto de tu hijo

-La foto debe ser tomada en el último año.

-La foto debe mostrar la cara completa de su hijo.

Devolviendo Su Solicitud (Público en General)

- Las solicitudes solo se pueden devolver de lunes a viernes de 12 PM a 2 PM, Y DE 6 PM a 9PM
- **8 de Mayo** = fecha límite para entregar la solicitud
- Los participantes son elegidos por orden de llegada.
- Recibirá una llamada antes del 10 de mayo para informarle si su hijo es aceptado para el campamento de verano y confirma la fecha de orientación **OBLIGATORIA** para los padres.
- Orientación para padres: los padres que llegan más de 15 minutos tarde a la orientación no pueden ingresar. Los padres deben permanecer durante toda la sesión y deben firmar un acuerdo de los padres.

* Los padres mantienen esta página después de la presentación *

Uso de Oficina Solamente	
Date Application Received:	
Enrollment Start Date:	
Intake Specialist/Staff:	
Additional Information:	



DYCD Ingreso Universal de Participantes: Aplicación para Jóvenes y Adultos

El Departamento de Desarrollo Juvenil y Comunitario (Department of Youth and Community, DYCD) es una agencia de la ciudad de Nueva York que financia programas para jóvenes y familias. El siguiente formulario le permitirá a usted o a su hijo solicitar un programa del Departamento de Desarrollo Juvenil y Comunitario (Department of Youth and Community, DYCD). Estos programas son operados por organizaciones comunitarias (CBOs). Esta aplicación le permitirá a usted o a su hijo entrada para unos de nuestros programas para jóvenes or adultos. . Llene este formulario por completo y devuélvalo a la CBO que opera el programa. Se aceptará una solicitud por persona y por centro. La presentación de una solicitud no garantiza la elegibilidad ni la inscripción en el programa. Es posible que se requiera más documentación e información a fin de determinar la elegibilidad para el programa. En caso de ser aceptado, **el programa no tendrá costo para el participante**. En la solicitud, se recopilan los siguientes datos solo para fines informativos y de planificación del programa: Ingresos, sexo, raza, origen étnico, idioma, tipo de población, información del grupo familiar y estado del seguro médico. Las respuestas a estas preguntas no afectarán su estado con respecto a la recepción de beneficios o servicios, ni se compartirán con otras personas fuera del DYCD sin el permiso del solicitante.

Parte I: Información del solicitante

En esta solicitud, el término *solicitante* hace referencia a la persona que realiza una solicitud para recibir servicios. Seleccione una opción:

- Completo esta solicitud para mí
 Soy padre/madre o tutor y completo esta solicitud para mi hijo
 Soy familiar/no familiar y completo esta solicitud en nombre del solicitante

Primer nombre del solicitante:		Apellido del solicitante:		Inicial del segundo nombre:	
Fecha de nacimiento del solicitante (MM/DD/AAAA):					
Sexo del solicitante (Seleccione una opción): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Sexo no definido		Raza del solicitante (Seleccione todas las opciones que correspondan): <input type="checkbox"/> Indígena americano y nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái y de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco o caucásico <input type="checkbox"/> Otro		Origen étnico del solicitante (Seleccione una opción): <input type="checkbox"/> Hispano/a o Latino/a <input type="checkbox"/> Ni Hispano/a ni Latino/a	
Dirección principal del solicitante (Número y calle):				Número de apartamento	
Ciudad:				Código postal:	
<input type="checkbox"/> Solicitante es un residente de NYCHA (por favor escribe el nombre) _____					

Esta sección es para padres / tutores que inscriben a sus hijos

Los contactos de emergencia enumerados en la Sección II están autorizados a recoger al niño a menos que se indique lo contrario.

Las siguientes personas adicionales están autorizadas a recoger a mi hijo:

Nombre: _____ Número de teléfono _____ Relación: _____

Nombre: _____ Número de teléfono _____ Relación: _____

Nombre: _____ Número de teléfono _____ Relación: _____

Las siguientes personas **NO PUEDEN** recoger a mi hijo

Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____

Parte III: Nivel educativo/Situación laboral del solicitante

Tipo de escolaridad del solicitante (seleccione una opción):

- Estudiante a tiempo completo *** Estudiante a tiempo parcial *** No asiste a la escuela****

*** Si el solicitante es estudiante a tiempo parcial o completo: **Seleccione el grado actual del solicitante** (Seleccione una opción):

**** Si el solicitante no está en la escuela: **Seleccione el último grado que haya completado el solicitante** (Seleccione una opción):

- Escuela primaria:** Preescolar Jardín de infantes 1 2 3 4 5
Escuela de nivel medio: 6 7 8
Escuela secundaria: 9 10 11 12
Centro de estudios superiores: 1 año 2 año 3 año 4 año 5 año 6 año o superior
Instituto
universitario/Universidad: Estudiante de primer año Estudiante de segundo año Estudiante de penúltimo año Estudiante de último año
Otro: Programa de equivalencia de escuela secundaria (HSE) Escuela de formación profesional/de artes y oficios Título extranjero

Situación laboral actual del solicitante (Seleccione una opción):

- Empleado a tiempo completo Empleado a tiempo parcial Jubilado
 Desempleado (corto plazo, 6 meses o menos) Desempleado (largo plazo, más de 6 meses) Desempleado (no se encuentra entre la población laboral)
 Trabajador inmigrante agrícola de temporada No corresponde (el solicitante tiene menos de 14 años)

Información para estudiantes, estudiando Tiempo Completo

ID del Estudiante/ OSIS:	Tipo de Escuela: <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Carta <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro _____
---------------------------------	---

Nombre de escuela: _____

Dirección de Escuela:	Ciudad:	Código postal:
------------------------------	----------------	-----------------------

Parte V: Más Información del solicitante

¿Qué tan bien habla en inglés el solicitante? (Seleccione una opción):

- Con fluidez/Muy bien
- Bien
- No muy bien
- Para nada bien

Idioma principal del solicitante (Seleccione una opción):

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Albanés | <input type="checkbox"/> Árabe |
| <input type="checkbox"/> Bengali | <input type="checkbox"/> Chino* | <input type="checkbox"/> Francés |
| <input type="checkbox"/> Fula | <input type="checkbox"/> Alemán | <input type="checkbox"/> Guyaratí |
| <input type="checkbox"/> Criollo haitiano | <input type="checkbox"/> Hebreo | <input type="checkbox"/> Hindi |
| <input type="checkbox"/> Húngaro | <input type="checkbox"/> Italiano | <input type="checkbox"/> Japonés |
| <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Kru, Igbo, o Yoruba | <input type="checkbox"/> Mandé |
| <input type="checkbox"/> Panyabí | <input type="checkbox"/> Persa | <input type="checkbox"/> Polaco |
| <input type="checkbox"/> Portugués | <input type="checkbox"/> Rumano | <input type="checkbox"/> Ruso |
| <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Tagalo | <input type="checkbox"/> Turcu |
| <input type="checkbox"/> Urdú | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Yiddish |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

** incluidos el cantonés y el mandarín*

Otros idiomas hablado por el solicitante (Seleccione todas las opciones que correspondan):

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Albanés | <input type="checkbox"/> Árabe |
| <input type="checkbox"/> Bengali | <input type="checkbox"/> Chino* | <input type="checkbox"/> Francés |
| <input type="checkbox"/> Fula | <input type="checkbox"/> Alemán | <input type="checkbox"/> Guyaratí |
| <input type="checkbox"/> Criollo haitiano | <input type="checkbox"/> Hebreo | <input type="checkbox"/> Hindi |
| <input type="checkbox"/> Húngaro | <input type="checkbox"/> Italiano | <input type="checkbox"/> Japonés |
| <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Kru, Igbo, o Yoruba | <input type="checkbox"/> Mandé |
| <input type="checkbox"/> Panyabí | <input type="checkbox"/> Persa | <input type="checkbox"/> Polaco |
| <input type="checkbox"/> Portugués | <input type="checkbox"/> Rumano | <input type="checkbox"/> Ruso |
| <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Tagalo | <input type="checkbox"/> Turcu |
| <input type="checkbox"/> Urdú | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Yiddish |

Otro: _____

No corresponde (el solicitante solo habla en un idioma)

** incluidos el cantonés y el mandarín*

¿El solicitante desea recibir información o que se comuniquen con él con respecto a inscribirse para votar?* (Seleccione una opción):

- Sí No

****El solicitante es elegible para votar en las elecciones federales de EE. UU. en los siguientes casos:** 1) si es ciudadano estadounidense; 2) i cumple con los requisitos de residencia del estado; 3) si tiene; 18 años. Algunos estados permiten que las personas de 17 años voten en las elecciones primarias o se inscriban para votar en caso de cumplir 18 años antes de las elecciones generales. Verifique los requisitos de edad de los votantes de su estado.

¿El solicitante tiene las siguientes características?

- | | |
|---|---|
| Es el padre/la madre o el tutor legal. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Es delincuente o tiene problemas con la justicia. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Es participante de cuidado temporal. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Es un joven que huyó de su casa. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Es veterano. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Es miembro activo de las Fuerzas Armadas. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Es una persona con discapacidad. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | <input type="checkbox"/> Me niego a responder |

Si el solicitante es una persona con discapacidad, seleccione los tipos de discapacidades (Seleccione todas las opciones que correspondan):

- Discapacidad cognitiva
- Discapacidad relacionada con la audición
- Discapacidad en el aprendizaje
- Discapacidad mental o psiquiátrica
- Problema de salud físico/crónico
- Discapacidad física/motriz
- Discapacidad visual
- Otra: _____
- Me niego a responder

Parte VII: Consentimiento y Firmas

Información Para la Hora de Recogida/Salida

Esta pregunta debe ser respondida por los padres / tutores que matriculan a sus hijos

Mi hijo(a) tiene permiso para viajar a casa solo/a a la hora de salida:

Sí No

Consentimiento para participar

Según entiendo, toda la información anterior es verdadera. Acepto su verificación y entiendo que la falsificación puede ser motivo para la terminación de este servicio. La información suministrada puede ser usada por la ciudad de Nueva York para mejorar los servicios de la ciudad o para recibir financiamiento adicional.

Si participante tiene 18 años o más:

Reconozco que tengo 18 años de edad o más y estoy autorizado a dar mi consentimiento.

Sí No

Firma del participante

Nombre completo del participante

Fecha

Si participante tiene menos de 18 años:

Firma del padre/la madre/el tutor

Nombre completo

Fecha

Consentimiento para fotografías/grabación de videos y uso de la obra original

Como participante inscrito en un programa financiado por el Departamento de Desarrollo Juvenil y Comunitario (Department of Youth and Community, DYCD), tenga en cuenta que de vez en cuando el DYCD y la Ciudad de Nueva York, sus proveedores contratados, agentes autorizados, organizaciones externas con las que colabora u otros representantes gubernamentales (conjuntamente denominados "Partes Autorizadas") pueden estar presentes durante las actividades del programa y los eventos especiales relacionados con los servicios del programa, tanto en el lugar habitual donde se desarrolla el programa como en eventos fuera de este. En algunos casos, pueden tomar fotografías, grabar videos, entrevistar o de otra manera registrar a los participantes y a sus familias y amigos en estos programas. Las imágenes, los videos y las entrevistas resultantes pueden utilizarse, con o sin el nombre del participante, en medios impresos y electrónicos como folletos, libros, boletines informativos impresos o enviados por correo electrónico, DVD y videos, sitios web, redes sociales y blogs (conjuntamente denominados "Medios de comunicación").

Por el presente, autorizo y le otorgo permiso a las Partes Autorizadas, sin compensación ni ninguna otra aprobación, a fotografiar o registrar mi imagen o nombre, o la imagen o nombre de mi hijo, y el sonido de mi voz o la voz de mi hijo durante las actividades del programa financiado por el DYCD y eventos especiales. Asimismo, por el presente doy mi consentimiento en relación con el uso de las imágenes, videos y entrevistas resultantes, sin compensación ni otra aprobación, por las Partes Autorizadas únicamente para propósitos no comerciales y sin fines de lucro en todos los Medios de Comunicación.

Sí No

Si, durante la participación en actividades del programa financiado por el DYCD y eventos especiales, mi hijo o yo componemos alguna obra original como creaciones artísticas, música, coreografías, poesías o prosas (conjuntamente denominados "Obra Original"), por el presente doy mi consentimiento en relación con el uso de dicha Obra Original por las Partes Autorizadas, sin compensación ni ninguna otra aprobación, únicamente para propósitos no comerciales y sin fines de lucro en todos los Medios de Comunicación.

Sí No

Si participante tiene 18 años o más:

Reconozco que tengo 18 años de edad o más y estoy autorizado a dar mi consentimiento.

Sí No

Firma del participante

Nombre completo del participante

Fecha

Si participante tiene menos de 18 años:

Firma del padre/la madre/el tutor

Nombre completo

Fecha

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
CHILD IN CARE MEDICAL STATEMENT

To Be Completed By Licensed Physician, Physician's Assistant or Nurse Practitioner

Name of Child:	Date of Birth:	Date of Examination:
----------------	----------------	----------------------

Immunizations required for entry into day care

Yes No

Medical Exemption The physical condition of the named child is such that one or more of the immunizations would endanger life or health. Attach certification specifying the exempt immunization(s).

Diphtheria, Tetanus and Pertussis (DPT) Diphtheria and Tetanus and acellular Pertussis (DTaP)	1 st Date	2 nd Date	3 rd Date	4 th Date	5 th Date
Polio (IPV or OPV)	1 st Date	2 nd Date	3 rd Date	4 th Date	
Haemophilus influenzae type B (Hib)	1 st Date	2 nd Date	3 rd Date	4 th Date OR 1 st Date (if given on or after 15 months of age)	
Pneumococcal Conjugate (PCV) for those born on or after 1/1/08)	1 st Date	2 nd Date	3 rd Date	4 th Date	
Hepatitis B	1 st Date	2 nd Date	3 rd Date		
Measles, Mumps and Rubella (MMR)	1 st Date	2 nd Date			
Varicella (also known as Chicken Pox)	1 st Date	2 nd Date			

Other Immunizations may include the recommended vaccines of Rotavirus, Influenza and Hepatitis A

Type of Immunization:	Date:	Type of Immunization:	Date:
Type of Immunization:	Date:	Type of Immunization:	Date:
Type of Immunization:	Date:	Type of Immunization:	Date:

Tests

Tuberculin Test Date: / / Mantoux Results: Positive Negative mm
 TB Tests are at the physician's discretion. Acceptable tests include Mantoux or other federally approved test.
 If positive, or if x-ray ordered, attach physician's statement documenting treatment and follow-up.

Lead Screening Date: / /
 Attach lead level statement
Lead Screening (Include All Dates and Results)

1 year / / Result: mcg/dL Venous Capillary
 2 years / / Result: mcg/dL Venous Capillary

Most recent date of lead screening (if different from above):
 / / Result: mcg/dL Venous Capillary

Per NYS law, a blood lead test is required at 1 and 2 years of age and whenever risk of lead poisoning is likely.
 If the child has not been tested for lead, the day care provider may not exclude the child from child day care, but must give the parent information on lead poisoning and prevention, and refer the parent to their health care provider or the county health department for a lead blood screening test.

(Continued on reverse side)



Reglas Y Regulaciones – Escuela Primaria

La dirección de este centro comunitario se esfuerza por proporcionar una experiencia segura y comunitaria para todos los participantes. Los participantes deben cumplir con las siguientes pautas o correrán el riesgo de ser suspendidos o expulsados del programa, a discreción del Director del Sitio y Director de Programas Basados en la Comunidad para CHFS.

**Todas las situaciones serán revisadas caso por caso.*

1. Entiendo que asistir a la presentación final del programa es un evento obligatorio y el no asistir a estos eventos (3 veces al año escolar) pondrá en peligro el lugar de mi hijo.
2. Los padres deben comprometerse a reunirse con la dirección del centro comunitario para abordar los desafíos de comportamiento y / o comportamientos que plantean riesgos de seguridad para ellos mismos o para otros. El no asistir a las reuniones puede resultar en la expulsión del niño del programa.
3. Es responsabilidad de los padres encontrar una supervisión adecuada, en caso de que su hijo sea suspendido.
4. Están estrictamente prohibidas las luchas, incluido el juego. Las personas que participan en peleas serán suspendidas o expulsadas.
5. El vandalismo en y alrededor del centro está estrictamente prohibido y conducirá a la suspensión o expulsión.
6. Ninguna arma o cualquier cosa que se pueda considerar un arma se puede traer en la característica, y la posesión conducirá a la expulsión inmediata.
7. No se permite el consumo de alcohol, cigarrillos o sustancias controladas en los locales o en sus alrededores, y la posesión conducirá a la expulsión inmediata.
8. El robo está sujeto a persecución penal y expulsión.
9. La intimidación, incluyendo el acoso cibernético, escrito o verbal, no está permitido y resultará en suspensión y / o expulsión.
10. No se permite tocar o usar un lenguaje inapropiado. Esto incluye, pero no se limita a besar, sentarse en vueltas, sosteniendo, y abrazando.
11. No está permitida la fotografía no consensual, filmar o grabar las actividades de los participantes..
12. Maldición y profanidad no está permitido en el centro.
13. Todos los participantes deben entrar y salir de la instalación solamente a través de las puertas designadas.
14. El padre / guardián debe firmar y firmar a diario en la lista principal y registrarse con el personal de recepción.
15. Los participantes deben usar ropa y zapatos apropiados para viajes y actividades. La ropa debe cubrir todas las áreas de la ropa interior: sin cultivos, correas de espagueti, pantalones cortos, ropa interior que muestra o ropa que revela demasiada piel.
16. . Comer sólo se permite en las áreas designadas.
17. . La basura y los materiales reciclables deben colocarse en sus recipientes apropiados.
18. No somos responsables de artículos perdidos o robados.

Reconozco las Reglas del Centro Comunitario y entiendo que el incumplimiento de estas reglas perderá mi capacidad para participar en el centro comunitario.

Nombre del Participante: _____ Firma del Participante: _____

(Si es menor de 18 años) Nombre del padre: _____

Firma del padre: _____

Fecha: _____

Consulte las INSTRUCCIONES en el reverso.

NOMBRE DEL CENTRO DE CUIDADO INFANTIL _____

Escriba en letra de molde el nombre del niño inscrito en este centro de cuidado infantil

1. _____ 2. _____ 3. _____

INSTRUCCIONES

Complete la SECCIÓN A si alguien en su grupo familiar

1. Participa en el Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (Programa de asistencia nutricional suplementaria)
2. Recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance to Needy Families, TANF)
3. Participa en el Programa de Distribución de Alimentos a Reservas Indias (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDPIR), O
4. Es un niño en cuidado temporal

SECCIÓN A

N.º de caso SNAP (SNAP Case #) _____

N.º TANF (TANF #) _____

N.º FDPIR (FDPIR #) _____

Nombres de _____
Niños en cuidado temporal _____

Un adulto de su grupo familiar debe firmar la solicitud antes de que se pueda aprobar. Después de leer la siguiente declaración y la declaración en el reverso, firme a continuación.

Yo certifico que la información anterior es verdadera. Yo entiendo que el centro obtendrá los fondos federales con base en la información que proporciono.

Firma _____

Fecha _____

FOR SPONSOR USE ONLY		
CACFP Agreement # _____		
Total Number of Household Members _____ <small>(INCLUDING FOSTER CHILDREN, IF APPLICABLE)</small>		
Total Household Income \$ _____		
Free _____	Reduced _____	Paid _____
Date of Determination _____		
Signature of Center Staff _____		

Complete la SECCIÓN B si nadie en su grupo familiar participa en SNAP, recibe TANF, participa en FDPIR o si ninguno de los niños inscritos en el centro de cuidado infantil es un niño en cuidado temporal.

SECCIÓN B

Enumere todos los miembros del grupo a continuación. Inclúyase a usted y a todos los adultos y niños que NO se indican anteriormente, aún si no reciben ingresos. Luego, enumere todos los ingresos recibidos el **mes pasado** en su grupo familiar en la columna a la derecha. El ingreso bruto incluye: ingresos del trabajo, pensiones, jubilación, Seguro Social, manutención infantil, ingresos personales por niño bajo cuidado temporal y cualquier otra fuente de ingresos.

NOMBRE DEL MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR	INGRESO BRUTO MENSUAL
1. _____	\$ _____
2. _____	\$ _____
3. _____	\$ _____
4. _____	\$ _____
5. _____	\$ _____
6. _____	\$ _____
7. _____	\$ _____

Un adulto de su grupo familiar debe firmar la solicitud antes de que se pueda aprobar. Después de leer la siguiente declaración y la declaración en el reverso, firme a continuación.

Yo certifico que la información anterior es verdadera y que todos los ingresos se han reportado. Yo entiendo que el centro obtendrá los fondos federales con base en la información que proporciono.

Firma _____

Nombre en letra de molde _____

ÚLTIMOS CUATRO (4) DÍGITOS DE NÚMERO DE SEGURO SOCIAL FECHA _____

USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.