



United Way of Miami-Dade

# Youth Pride

## Aplicación para después de la escuela 2017 - 2018

### Sección I Información del estudiante

Nombre del Estudiante: **X** \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: **X** \_\_\_\_\_ Sexo: **F** – **M**  
 (Escriba Claro y en letra separada o Molde) (Mes/Día/Año) (Circule el Sexo)  
**K-1-2-3-4**  
 Locación: **Centro** ( ) o **ECA** ( ) Grado: **5-6-7-8** Edad: **X** \_\_\_\_\_ ID del Estudiante: \_\_\_\_\_  
 (Circule el Grado)  
 Nombre de la Escuela donde asiste el estudiante: **X** \_\_\_\_\_  
 Dirección: **X** \_\_\_\_\_ Apto No. \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Números de Teléfono de: **Casa:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_ **Emergencia: X** \_\_\_\_\_

### Sección II Información de los Padres

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

### Sección III Información Médica del Estudiante

Nombre del Doctor del Niño: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección del Consultorio: \_\_\_\_\_ Nombre del Hospital o Clínica: \_\_\_\_\_  
 Autoriza a contactar otro Doctor, si el doctor de su hijo/a no esta disponible? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_  
 Su niño tiene condiciones médicas que debemos estar enterados? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_  
 Si su respuesta fue **Si**, explique cual es su condición medica? **X** \_\_\_\_\_  
 Autoriza llevar a su hijo/a al hospital en caso de emergencia? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_  
 Su niño (a) sufre de Alergias? **Si** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_  
 Si su respuesta fue **Si**, que tipo de Alergia es? **X** \_\_\_\_\_

Por favor escriba el nombre de las personas a las cuales podemos contactar en caso de una emergencia o para recoger a su(s) hijo(s) cuando Usted no esta disponible: **\*(Deben presentar identificación con foto)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

## Demographic Tract Data

### Sección IV

### Acuerdo de la Inscripción al Programa

Al firmar esta aplicación usted está de acuerdo en que su hijo participe en el programa de Centro Campesino, Youthpride. Como padre o guardián legal usted también se compromete a transportar a su hijo/a al programa, a ofrecer servicio a participar como voluntario por lo menos dos veces durante el año y a participar en los talleres de padres mandatorias para los padres de familia por lo menos cuatro veces al año. El programa es gratis y su participación garantiza que su hijo/a pueda continuar participando en el programa de Youthpride. Hemos hecho un gran esfuerzo para proveer el mejor servicio posible para su hijo. El éxito de su hijo depende directamente en su participación y en la cooperación total de su hijo. También comprende que debe de seguir todos los reglamentos en referente a los paseos o actividades del programa. Si usted entrega una forma de paseo, su hijo/hija debe de participar. En caso de una emergencia se debe comunicar con el personal de la oficina. No habrá excepciones. Al firmar este acuerdo usted se compromete a participar en la educación de su hijo/a y su falta de participación resultara en la suspensión de su hijo/a del programa de Youthpride. Recibí el folleto de la virus de la influenza.

Firma del Padre o Madre: **X** \_\_\_\_\_

Fecha: **X** \_\_\_\_\_

### Sección V

### Información Sobre el Estudiante

Su niño recibe almuerzo Gratis o almuerzo reducido?

**SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_

Tiene su niño limitación para hablar el Ingles?

**SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_

Su hijo es deshabilitado o tiene alguna limitación?

**SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_

### Sección VI

### Ingreso en el Hogar (Anual)

Menos de \$ 4,999    \$5,000 – \$17,649    \$17,650 - \$26,999    \$27,000 - \$50,999    \$51,000 & Up

**(POR FAVOR MARQUE UNO)**

**Assitencia Publica**

Estampillas de comida    TANIF    Secsion 8    SSI    Medicaid

### Informacion De Los Padres

Nivel de Educacion mas alto recibido	Classificacion de Agricultura
Elementary _____	Migrant _____
Middle Sch. _____	Seasonal _____
High School _____	
GED _____	
Other _____	

## Sección VI Procedimientos Disciplinarios

Sección 10M-12.013 requiere notificación a los padres por escrito sobre las reglas de disciplina que usamos en el Centro de Cuidado de los Niños.

### PROCEDIMIENTO DISCIPLINARIO

La modificación positiva del comportamiento será utilizada así como las recompensas para reforzar el comportamiento positivo. Los estudiantes serán aconsejados y educados sobre cómo conducirse correctamente, también serán educados en cómo solucionar los conflictos en forma positiva. Las Reuniones con los padres serán requeridas para discutir problemas sobre su niño. Si es necesario disciplinar a su hijo(a) (s) debido a su mal comportamiento la disciplina será la siguiente:

PROCEDIMIENTOS DISCIPLINARIOS		
Ofensa	Procedimiento	Procedimiento a seguir
<b>1<sup>ST</sup> OFENSA</b>	<b>DESPUES DE TRES ADVERTENCIAS VERBALES SE CONSIDERARIA COMO 1RA OFENSA</b> (Tiempo para reflexionar- 15 minutos)	Contactar y notificar al padre o guardián legal. Dar conserjería. Hacer un reporte del incidente. Enviar LA PRIMERA NOTA para ser firmada por el padre o tutor legal debido al mal comportamiento del niño/a
<b>2<sup>ND</sup> OFENSA</b>	<b>RETIRAR AL ESTUDIANTE</b> (Tiempo para reflexionar- 30 minutos)	Contactar y notificar al padre o guardián legal. Dar conserjería. Hacer un reporte del incidente. Enviar LA SEGUNDA NOTA para ser firmada por el padre o tutor legal debido al comportamiento del niño/a. Se cita a los padres o tutores legales del niño/a a una conferencia.
<b>3<sup>RD</sup> OFENSA</b>	<b>Retirar al estudiante de la clase</b> Suspensión (3-5 días) Privilegios retirados	Asesoramiento Notificar a los padres Informe de Incidente enviaremos LA TERCERA NOTA Conferencia con el director del programa Suspensión Obligatoria (3-5 días)
1 <sup>st</sup> Repita la Ofensa después de volver de la suspensión	<b>Retirar al estudiante inmediato</b> Notificar al Supervisor del Programa Notificar al Director Suspensión automática del programa	Enviarlo al consejero Reexaminar re-inscripción después de la suspensión o expulsión
<b>OFENSA SEVERA</b>	<b>expulsión de la clase</b> Llevar al estudiante a la oficina del director Suspensión Automática (3-5 días)	Refiérase para aconsejar Reexaminar re-inscripción después de la suspensión o expulsión

**\*\*Nota:** YouthPride reserva el derecho para retirar al niño/a del programa y sus actividades, dependiendo del comportamiento y conducta.

**El mal comportamiento del código de conducta o violación, resultara en suspensión y no podrá ser recibido el próximo año escolar, Campamento de Verano o Semana Santa.**

He leído y he entendido los procedimientos de disciplina arriba

Firma del Padre o Guardián Legal: **X** \_\_\_\_\_ Fecha: **X** \_\_\_\_\_

Firma del Estudiante: **X** \_\_\_\_\_ Fecha: **X** \_\_\_\_\_

# Código de Conducta

Yo, (Nombre del Estudiante) **X** \_\_\_\_\_, prometo tener una conducta excelente y comportarme según el código de conducta enumerado abajo. Entiendo que me consideraran un estudiante del programa para después de la escuela, y que debo portarme bien y obedecer todas las reglas. Me comportare y conduciré de una forma positiva. Me comprometo a hacer todas mis tareas y actividades de la escuela o las asignadas por mi tutor/a. Terminare todas mis tareas de la mejor forma posible y utilizando todas mis habilidades. Si no sigo las reglas tendré que hacer frente a las consecuencias por mis acciones negativas. Firmando este acuerdo, estoy haciendo una promesa de ser un miembro productivo de esta comunidad con la educación, y al servicio de mi comunidad.

- I. Reportarme al programa a tiempo.
- II. Estaré listo para hacer toda la tarea de la escuela.
- III. Respetare a mis compañeros en todos momentos.
- IV. Demostrare respecto por otras culturas, religiones, género (M/H), y las diferencias de la edad.
- V. Aprenderé a comunicarme correctamente con cortesía y educación.
- VI. No utilizare malas palabras o insultos.
- VII. Yo no usare malas palabras especialmente cuando se refieran de una forma ofensiva o negativa sobre el género, raza o religión de ninguna persona.
- VIII. Prometo mantener mis manos junto a mi cuerpo y no hacerle daño a los demás ni a mi mismo.
- IX. No traeré objetos explosivos que causen daño Centro Campesino.
- X. Prometo respetar a mis padres, tutores, maestros, compañeros y adultos en general.
- XI. Prometo respetar mi hogar, mi escuela, y mi comunidad y no destruir materiales o propiedad ajenos ni tirar basura.
- XII. Respetare la autoridad de los líderes designados, voluntarios, padres, personal del programa, y adultos en general.
- XIII. Prometo realizar mis deberes y obligaciones usando toda mi capacidad.
- XIV. Prometo no engañar, robar, o mentir.

Nombre del Padre o Guardián Legal: **X** \_\_\_\_\_  
(Letra clara en Molde)

Firma del Padre o Guardián Legal: **X** \_\_\_\_\_ Fecha: **X** \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: **X** \_\_\_\_\_ Fecha: **X** \_\_\_\_\_

# Formulario de Información del Menor

**Menor:** Nombre: X \_\_\_\_\_ Apellido X \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

**Madre:** Nombre: X \_\_\_\_\_ Apellido X \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

**Padre:** Nombre: X \_\_\_\_\_ Apellido X \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

¿Vive el menor con un guardián legal distinto de la madre o el padre?  Sí  No  
Si la respuesta es afirmativa, Nombre del guardián \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Código postal** \_\_\_\_\_

**Teléfono del padre, madre o guardián** \_\_\_\_\_ **Teléfono del Trabajo:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Sexo del menor\*:**  Masculino  Femenino

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

/Mes/ /día/ /año/

**Raza:**  Nativo americano / Nativo de Alaska  Asiático  Negro / Afro americano  Islas del Pacífico  Blanco

**Etnia del Menor:**  Bahameña,  Haitiano,  Jamaicano,  Negro otro: No - Hispano  Colombiano,  Cubano,  
 Dominicano,  Hondureño,  Mexicano,  Nicaragüense,  Salvadoreño,  Puerto Rácano,  Honduras  Otro;  
por favor explique \_\_\_\_\_

**País de origen del menor:** X \_\_\_\_\_

**¿Es competente en Inglés?**  Sí  No

**Otros idiomas que se hablan en el hogar:**  Español  Haitiano-Creole  Otro \_\_\_\_\_

**Número del ID de MDCPS:**          Sin ID de MDCPS;  Prefiere no dar el ID de MDCPS

(ID del Estudiante en la escuela:)

**Grado escolar del menor:** X \_\_\_\_\_ **Escuela a la que asiste el menor:** \_\_\_\_\_

**¿Tiene el menor seguro de salud** (ex., seguro privado, Kid Care, Medicaid)?\*  Sí  No

**¿Tiene el menor algún certificado de discapacidad?\***  Sí  No

***Si la respuesta es afirmativa, ¿tiene alguno de los siguientes planes o documentos (marque las necesarias)?***

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Plan de servicio familiar individualizado (Individualized Family Service Plan-IFSP; si es menor de 3 años) | <input type="checkbox"/> Diagnóstico de un profesional con licencia o certificado por el estado (ex., psicólogo/a)   |
| <input type="checkbox"/> Plan de Educación Individualizada del sistema escolar (Individualized Education Plan - IEP)                | <input type="checkbox"/> 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 |
| <input type="checkbox"/> Plan Sección 504 (Section 504 Plan)  |  |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico médico   |  |

***Si la respuesta es afirmativa, ¿cómo clasificaría el tipo de discapacidad?***

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Desórdenes del espectro del autismo           | <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual (o retraso mental) | <input type="checkbox"/> Discapacidad del habla y el lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Condición médica crónica                      | <input type="checkbox"/> Discapacidad del aprendizaje                | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual (o ceguera)      |
| <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo (sólo menor de 5 años) | <input type="checkbox"/> Discapacidad física                         | <input type="checkbox"/> Otra discapacidad _____              |
| <input type="checkbox"/> Desorden emocional o del comportamiento       |  |   |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva (o sordera)             |  |   |

**FIRMA DEL PADRE, MADRE O GUARDIÁN\*:** X \_\_\_\_\_

**FECHA\*:** X \_\_\_\_\_

**Sólo para uso del personal (INFORMACIÓN INDISPENSABLE)**

ORGANIZACIÓN: Centro Campesino Farmworker Center, Inc. UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: Centro / ECA

## FORMA DE AUTORIZACION ESPECIAL

### **AUTORIZACION PARA FOTOGRAFIAR O FILMAR A MI HIJO/A:**

Le doy permiso a Centro Campesino y sus representantes para que puedan fotografiar o filmar a mi niño/a y utilizar las fotos para artículos en los periódicos, en la televisión y en publicidad en general.

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

### **AUTORIZACION DE ACCESO AL EXPEDIENTES DEL ESTUDIANTE**

Autorizo a Centro Campesino/YouthPride y a sus representantes para tener acceso y copias de los expedientes académicos de mi hijo/a (notas e informes académicos) sobre su progreso en la escuela.

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

### **AUTORIZACION PARA CAMINAR A CASA**

Autorizo al personal de Centro Campesino y YouthPride para que permitan que mi hijo/a camine a casa desde el lugar del programa. Entiendo que los padres de familia son responsables de arreglar un medio de transporte según sea necesario debido al mal tiempo. Al firmar esta autorización, libero a Centro Campesino y sus representantes de toda responsabilidad legal sobre cualquier incidente o dificultad que pueda ocurrir mientras mi hijo va caminando a casa.

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

### **FORMA PARA AUTORIZACION DE TRANSPORTE**

Autorizo al programa y a su personal para transportar a mi niño durante horas del programa. Entiendo que puede ser necesario transportar a mi niño/a y desde locales tales como la biblioteca pública, las escuelas, los parques públicos, o excursiones educativas, y doy el de autorización para excursiones especiales a lugares más retirados o a viajes más largos fuera del condado. Sin estas formas de autorización firmadas por los padres mi hijo/a NO podrá participar al viaje.

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre o Guardián Legal: **X** \_\_\_\_\_

(Letra de Molde)

Firma del Padre/ Madre o Guardián Legal: **X** \_\_\_\_\_

Fecha: **X** \_\_\_\_\_



**Miami-Dade County Public Schools**  
**Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade**

**Autorización de entrega de expedientes e Información**

Nombre del/de la alumno/a: X Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Documentos requeridos: (por favor marque el espacio apropiado)

<input type="checkbox"/> Informe Sicológico	<input type="checkbox"/> Asistencia escolar
<input type="checkbox"/> Resultado de las pruebas	<input type="checkbox"/> Boletín de calificaciones
<input type="checkbox"/> Expediente Médico	<input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____

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

Agencia Centro Campesino Farmworker Center, Inc. Personal Autorizado \_\_\_\_\_

Dirección 35801 SW 186 Ave. Florida City, Florida 33034

La información será suministrada con el objetivo de: \_\_\_\_\_  
Por este medio autorizo que los documentos o las copias de los mismos sean entregados. Esta autorización será válida hasta \_\_\_\_\_ (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 incluidos 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**

FM-1867S Rev. (11-02)

**POLÍZA DE PRIVACIDAD PARA LOS CLIENTES DE SERVICIOS DE JUVENTUD, F.O.C.U.S: EMPLEOS Y PROGRAMA DE ASISTENCIA DE CLIMATIZACIÓN DEL DEPARTAMENTOS DE CENTRO CAMPESINO FARMWORKER CENTER, INC.**

Centro Campesino Farmworker Center, Inc. (CCFC) valora su confianza y se compromete a la gestión responsable del uso y protección de su información identificable personal.

Durante el transcurso de su aplicación y participación de nuestros servicios en nuestra agencia, nosotros acumulamos información personal (no pública) de su formulario de admisión, así como otras fuentes tales como sus ingresos y activos con el fin de tomar una decisión informada acerca de su elegibilidad y / o procesamiento de documentos relacionados con su solicitud de servicios. Mantenemos salvaguardas físicas, electrónicas y también mantenemos procedimientos que cumplen con las regulaciones federales para proteger su información personal (no pública).

Recopilamos información personal (no pública) sobre usted de las siguientes fuentes: (i) la información que recibimos de usted en nuestro forma de consumo personal (ii) otras agencias y afiliadas de (iii) otras agencias gubernamentales o de esos programas que le han prestado servicios a usted.

Para asistirle o cumplir con nuestras directivas de Auxilio o subsidios podríamos divulgar las siguientes tipos de información personal (no pública) acerca de usted (i) información que recibimos de usted en el formulario de admisión personal otras formas como otros datos tales como su nombre, dirección, activos y (ii) información sobre sus transacciones con nosotros y nuestros afiliados.

Podemos divulgar información personal (no pública) acerca de usted a los siguientes tipos de terceros:

- Agencias afiliadas
- Otros, como organizaciones sin fines de lucro o agencias gubernamentales que proveen fondos y vigilan nuestro cumplimiento y lineamientos de las normas de Auxilio o subsidios.

Las partes no afiliadas son entidades que no son propiedad o no están controladas, en todo o en parte, no son filiales de Centro Campesino Farmworker Center, Inc. Sin embargo, son entidades terceras esenciales para que Centro Campesino Farmworker Center, Inc pudiera prestar servicios a usted.

**Estoy firmando aquí para confirmar que estoy de acuerdo con la política de privacidad descrita arriba**

_____	_____	_____	_____
Firma De Solicitante	Fecha	Firma de Co-Solicitante	Fecha

Si usted prefiere que nosotros no divulguemos información (no pública) sobre usted a terceros ni a esos que no son afiliados, excepto según lo requerido por ley, usted puede optar de estas revelaciones, es decir, usted nos puede dirigir a que nosotros no divulguemos información a no ser esos que son requeridos por la ley. Si usted desea optar de estas revelaciones a esos que no están afiliados a terceros, firme en el espacio de abajo.

**Yo quiero optar de esta divulgación como esta escribida arriba**

_____	_____	_____	_____
Firma De Solicitante	Fecha	Firma de Co-Solicitante	Fecha

Updated and Approved by CCFC Board of Directors, 12/14/2013