



Youth Pride

Aplicación para después de la escuela 2018 - 2019

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

Veterano de las Fuerzas Armada Si No

Activo en las Fuerzs Armadas Si No

Informacion De Los Padres

Nivel de Educacion mas alto recibido	Classificacion de Agricultura
Elementary _____	Migrante _____
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 como 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
1ST OFENSA	DESPUES DE TRES ADVERTENCIAS VERBALES SE CONSIDERARIA COMO 1RA OFENSA (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
2ND OFENSA	RETIRAR AL ESTUDIANTE (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.
3RD OFENSA	Retirar al estudiante de la clase 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 st Repita la Ofensa después de volver de la suspensión	Retirar al estudiante inmediato Notificar al Supervisor del Programa Notificar al Director Suspensión automática del programa	Enviarlo al consejero Reexaminar re-inscripción después de la suspensión o expulsión
OFENSA SEVERA	expulsión de la clase 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: _____

(ID del Estudiante en la escuela:)

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

¿Tiene el menor seguro de salud Sí No (Circule uno - seguro privado, Kid Care, Medicaid)

Si tiene seguro, el nombre del seguro _____

Tiene el padre/guardian seguro de salud Sí No (Circule uno - seguro privado, Medicaid)

Si tiene suguor, el nombre del seguro – Padre _____ Madre _____

¿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 _____

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 educacionales, 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 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

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