



Youth Pride

Aplicación para después de la escuela 2022-2023

Received by: _____

Date: _____

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 **Sí**, 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? **Sí** _____ **No** _____

Si su respuesta fue **Sí**, 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: _____

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 se compromete a entregar los reportes escolares y a participar en los talleres de padres mandatorios para los padres de familia. 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

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 _____

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, Kid Care, Medicaid)

Si tiene seguro, el nombre del seguro – _____

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)

Ingreso Annual en el Hogar: _____

Assitencia Publica Estampillas de comida TANIF Secsion 8 SSI Medicaid

Veterano de las Fuerzas Armada Si No

Activo en las Fuerzas 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 _____

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** _____

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 escrita arriba

Firma De Solicitante

Fecha

Firma de Co-Solicitante

Fecha

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



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)