



Creando Comunidad para Niños y Familias

Inscripción e Información del Programa

2566 St. Mary's Avenue
Omaha, NE • 68105

402-397-5809 • completelykids.org

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

INSCRIPCIÓN

(continúa al otro lado)

Nombre del Niño/a _____ Apellido _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad _____ Sexo: Masculino Femenino

Nacionalidad/Pais de Origen _____ Participación: Nuevo Regresando

Escuela _____ Grado _____ # de Identificación de OPS: _____

Nombre de Maestro _____ Correo Electrónico de Maestro _____

Otro niño/s en el programa de Completely KIDS (favor de anotar los nombres): _____

Almuerzo Escolar (seleccione uno)

- Gratis
- Reducido
- No elegible

Etnicidad (seleccione uno)

- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino

Raza (seleccione el primario)

- Caucásiano
- Asiático
- Afro americano
- Nativo de Hawai/Isleno pacífico
- Indio nativo/nativo Americano

Mi hijo tiene permiso para caminar a casa, y entiendo que Completely KIDS no es responsable por mi hijo/a después de haber dejado el programa:

- Si
- No

Mi hijo toma el autobús:

- Si
- No

Mi hijo toma medicamento:

- Si

Lista de medicamentos: _____

- No

Mi hijo tiene las siguientes necesidades especiales, condición médica, alergias o intolerancias. (Favor de dar instrucciones claras en caso de una reacción médica): _____

¿Hay alguna orden de restricción o custodia involucrando a su hijo que debamos saber?

Si este es el caso, favor de explicar: _____

Las siguientes personas NO tienen autorización de recoger a mi hijo: _____

Los siguientes contactos de emergencia están autorizados a recoger a mi hijo/a:

Nombre: _____ Teléfono: () _____

Relación al niño: _____

Nombre: _____ Teléfono: () _____

Relación al niño: _____

INFORMACIÓN MÉDICA DE MI HIJO

Nombre del Doctor: _____

Domicilio: _____

Teléfono: () _____

Nombre de su Seguro Médico: _____

de Póliza: _____

Nombre del Dentista: _____

Domicilio: _____

Teléfono: () _____

Completely KIDS arreglará la atención médica de emergencia si es necesario.

LIBERACIÓN DE DOCUMENTACIÓN Y AUTORIZACIÓN

- Yo doy autorización a la escuela de mi hijo para que den una copia de los archivos de vacunas y exámenes físicos más recientes a Completely KIDS.

- Completely KIDS tiene permiso de usar la imagen, grabaciones, y declaraciones de mi hijo como se establece en el Liberación de Publicación o DECLINO (circula si declinas).

- He recibido y estoy de acuerdo con los Términos y Condiciones de Padres y Estudiantes, y el Folleto de Información para Padres de DHHS.

- Estoy informado de los procedimientos y tarifas de Título XX que se aproximan.

- Deseo inscribir a mi hijo en Completely KIDS y por medio de la presente, libero a Completely KIDS de cualquier y toda responsabilidad durante la participación de mi hijo en las actividades del programa.

Firma de Padre _____

Fecha _____

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y PERMISO PARA PARTICIPAR

PARTICIPACIÓN EN TODAS LAS ACTIVIDADES

Doy permiso a mi hijo/s para que participe en todas las actividades del programa incluyendo, pero no limitado a: ayuda académica, programas recreativos, eventos fuera de sitio o paseos, transportación para y de todos los eventos, sean privados o proveídos por la agencia, todos los programas en cual Completely KIDS considera importante la seguridad, el desarrollo académico, y el desarrollo de habilidades de la vida personal de mi hijo.

ASISTENCIA CONSTANTE Y COMPORTAMIENTO APROPIADO

Entiendo que la participación de mi hijo/s en Completely KIDS es voluntario y su éxito depende en su asistencia constante y adherencia a las reglas de comportamiento, como se fija en la copia del manual que he recibido. Entiendo que mi hijo puede ser retirado del programa por falta de asistencia o problemas de comportamiento.

ENCUESTAS

Entiendo que mi hijo/s puede ser cuestionado sobre sus sentimientos y experiencias en el programa y sobre su experiencia de la vida.

LIBERACIÓN DE ARCHIVOS

Entiendo que los archivos de mi hijo/s serán requeridos con el propósito de proveer apoyo educacional, asistencia, progreso y mejoramiento para evaluar el impacto del programa y obtener fondos continuos para el programa.

DAÑOS O PÉRDIDA DE PROPIEDAD

Entiendo el riesgo de daños o pérdida de propiedad asociada con la participación en el programa y libero a Completely KIDS y el Distrito de las Escuela Publicas de Omaha y todos los socios del programa y sus empleados de cualquier reclamo hecho por o en nombre de mi hijo o familia.

INFORMACIÓN MÉDICA Y EMERGENCIAS

Doy permiso a Completely KIDS y a sus representantes, de asegurar tratamiento en evento de una emergencia resultando en enfermedad o herida. Entiendo que, si una situación de emergencia se presenta, los empleados del programa tomarán todos los pasos necesarios para asegurar la seguridad de mi hijo/s, si es necesario, llamarán una ambulancia y transportarlo a una sala de emergencia. También entiendo que soy responsable de cualquier cargo por la transportación y cargos médicos.

Entiendo que es mi responsabilidad notificar al Coordinador del Programa de las necesidades médicas específicas de mi hijo/s. También es mi responsabilidad informar al Coordinador del Programa de todas las medicinas que mi hijo/s está tomando y proveer la medicina. Entiendo que mi hijo/s tiene la responsabilidad de administrarse su medicamento durante el programa. El Coordinador del Programa no tiene responsabilidad de administrar la medicina, excepto en un evento de emergencia el cual los padres han dado autorización, y han mostrado al Coordinador y a otro personal adicional como hacerlo. Medicinas sin receta médica no serán distribuidas por el personal del programa.

LIBERACIÓN DE PUBLICACIÓN

De vez en cuando, Completely KIDS y sus socios aprobados, pueden tomar fotos, grabaciones (video y audio) y declaraciones escritas de los participantes y las familias en nuestros programas. Nosotros podremos usar estas imágenes y testimoniales en material publicitario de nuestra agencia que incluye, pero no limita a: página de web y publicación en redes sociales, reportes anuales, folletos, campañas de correo, billboards, y otros materiales de publicidad. También podremos crear videos y otro tipo de grabaciones para uso educacional o promocional. Si no le gustaría que, su hijo/s sea fotografiado, por favor indíquelo en la inscripción.

De otra manera, por medio de lo presente, usted/es concede a Completely KIDS y sus socios aprobados, toda y exclusivamente el derecho a la foto y/o grabaciones (video y audio), cualquier o todas las declaraciones, acciones, actuaciones, o asistencia en programas o eventos conducidos o patrocinado por Completely KIDS, para reproducir las fotos o las grabaciones o cualquier parte de cualquier manera, y para distribuir, publicar o exhibir las fotos o grabaciones, o darle permiso a otros que lo hagan. Haciendo esto, el firmante renuncia a cualquier y todos los derechos en cual podría ser compensado por las fotos o las grabaciones y también renuncia cualquier reclamo y demandas en cual podría tener en respecto al uso.

INSCRIPCIÓN

(continuación)

INFORMACIÓN DE PADRE/GUARDIÁN

Nombre _____
 Apellido _____
 Domicilio _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono Celular () _____ Teléfono de Casa () _____
 Correo Electrónico _____
 Empleador _____
 Relación a Niño: Madre Padre Otro _____
 Fecha de Nacimiento ____/____/____ Sexo: Masculino Femenino
 Etnicidad _____
 Nacionalidad/País de Origen _____

Favor de anotar cualquier otra información que debemos saber: _____

INFORMACIÓN DE PADRE/GUARDIÁN ADICIONAL

Nombre _____
 Apellido _____
 Domicilio _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono Celular () _____ Teléfono de Casa () _____
 Correo Electrónico _____
 Empleador _____
 Relación a Niño: Madre Padre Otro _____
 Fecha de Nacimiento ____/____/____ Sexo: Masculino Femenino
 Etnicidad _____
 Nacionalidad/País de Origen _____

Lo siguiente es solamente para propósitos de reportes.

Cuantos en la Familia

(seleccione uno)
 2 5 8
 3 6 9
 4 7 10+

Tipo de Hogar

(seleccione uno)
 Padre soltero Tutor
 Casa de 2 Padres Otro Miembro de Familia
 Padres Substituto

Estimado de Ingreso Anual de la Familia

(seleccione uno)
 Menos de \$15,000 \$35,000-\$49,999
 \$15,000-\$24,999 \$50,000-\$74,999
 \$25,000-\$34,999 \$75,000 o mas

Otros Servicios que estén

Estampillas de Comida
 Medicaid

Beneficios de Veteranos

TANF

Recibiendo Actualmente

Ingreso Suplementaria de Seguro Social (SSI)
 Seguro de Incapacidad de Seguro Social (SSDI)

Título XX