



**Creando Comunidad  
para Niños y Familias**

**Inscripción e Información  
del Programa  
2021-2022**

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 \_\_\_\_\_

Nombre Preferido/Apodo \_\_\_\_\_ Pronombres Preferidos \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Nacionalidad/País de Origen \_\_\_\_\_ Participación:  Nuevo  Regresando

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ # de Identificación de OPS: \_\_\_\_\_

? Tiene su hijo/a acceso a un aparato electrónico (tableta, computadora, etc.)?  Si  No

? Tiene su hijo/a acceso a internet?  Si  No Correo Electrónico de Estudiante \_\_\_\_\_

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)  Caucasiano  Asiático  Afro americano  Nativo de Hawai/Isleño pacífico  Indio nativo/nativo Americano

**¿Hay alguna orden de restricción o custodia involucrando a su hijo que debemos saber?** Si este es el caso, favor de explicar. \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA DE MI HIJO**

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Nombre de su Seguro Médico: \_\_\_\_\_

# de Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del Dentista: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

**¿Tiene su hijo/a acceso a internet?**  Si  No

**¿Tiene su hijo/a acceso a un aparato electrónico (tableta, computadora, etc.)?**  Si  No

**Nombre de Maestro** \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico de Maestro** \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico de Estudiante** \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico de Maestro** \_\_\_\_\_

**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 debemos saber?** Si este es el caso, favor de explicar. \_\_\_\_\_

**Las siguientes personas NO tienen autorización de recoger a mi hijo/a:** \_\_\_\_\_

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

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Relación al niño: \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento a Completely KIDS para poder ponerse en contacto con el médico/dentista de mi hijo en caso de emergencia.

**MI HIJO TOMA EL AUTOBÚS:**  Si  No

**MI HIJO TOMA MEDICAMENTO:**  Si  No

Lista de medicamentos: \_\_\_\_\_

Relación al niño: \_\_\_\_\_

*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 y colegas aprobados, tienen permiso para usar las imágenes, grabaciones y declaraciones de mi hijo como se establece en el consentimiento o rechazo de publicación DECLINAR (círcula si declina)

Yo doy permiso a Completely KIDS para comunicarse con mi hijo/a a través de correo electrónico.

Entiendo que hay videovigilancia en Completely KIDS en el programa CK26 para la protección de los niños, sus familias y nuestro personal.

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

He sido informado de los procedimientos del título XX, tarifas y expectativas.

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

**Firma de Padre/Guardian** \_\_\_\_\_ **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 voluntaria 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 Escuelas Públicas 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 \_\_\_\_\_  
 Dirección de empleador \_\_\_\_\_  
 Teléfono de 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 \_\_\_\_\_  
 Dirección de empleador \_\_\_\_\_  
 Teléfono de 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  
 Padres Substituto de Familia

### 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  TANF  
 Medicaid  Ingreso Suplementaria de Seguro Social (SSI)  Título XX  
 Seguro de Incapacidad de Seguro Social (SSDI)

(seleccione todos que apliquen)