



Creando Comunidad para Niños y Familias

Inscripción e Información del Programa 2022-2023

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/Pais 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

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

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

Enumere los contactos de emergencia si no se puede contactar a los padres:

- Etnicidad (seleccione uno)
 Hispano o Latino
 No Hispano o Latino

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

Nombre:
Teléfono: ()
Relación al niño:

- Raza (seleccione el primario)
 Caucasiano
 Asiático
 Afro americano
 Nativo de Hawaii/Isleno pacífico
 Indio nativo/nativo Americano

¿Hay personas que NO tienen autorización de recoger a mi hijo?: SI NO

INFORMACIÓN MÉDICA DE MI HIJO
Nombre del Doctor:
Domicilio:

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

Los siguientes personas están autorizados a recoger a mi hijo/a:
Nombre:
Teléfono: ()
Relación al niño:

Teléfono: ()
Nombre de su Seguro Médico:
de Póliza:

Mi hijo toma el autobús: SI NO

Teléfono: ()
Relación al niño:

Nombre del Dentista:
Domicilio:

Mi hijo toma medicamento: SI NO
Lista de medicamentos:

Nombre:
Teléfono: ()
Relación al niño:

Teléfono: ()
Completely KIDS arreglará la atención médica de emergencia si es necesario.

LIBERACIÓN DE DOCUMENTACIÓN Y AUTORIZACIÓN

- Doy mi consentimiento a Completely KIDS para poder ponerse en contacto con el médico/dentista de mi hijo en caso de emergencia.
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 (circula 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 DHHS.
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, libero 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. Doy mi consentimiento para que mi(s) hijo(s) sea encuestado(s) por Completely KIDS, Collective for Youth y 21st Century Community Learning Center. Además, doy mi consentimiento para que los maestros de mi(s) hijo(s) completen las encuestas realizadas por las entidades anteriores sobre mi(s) hijo(s).

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 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

Medicaid

Ingreso Suplementaria de Seguro Social (SSI)

Título XX

(seleccione todos que apliquen)

Seguro de Incapacidad de Seguro Social (SSDI)