



BOYS & GIRLS CLUB
OF HENDERSON COUNTY

Aplicación para programa de 2021-2022

Office use only.
App. Received by _____
Date Received: __/__/____.
Member number: _____
Payment method: _____

Información del niño:

**** Proporcione el nombre LEGAL completo de su hijo. ****

Primer Nombre: _____ Segundo: _____ Apellido: _____

Apodo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Género: Masculino__ Femenino__ Otro__ Numero de Estudiante de HCPS#: _____

Raza / Grupo Étnico (Circular Uno):

Afro-Americano Latinx Blanco Multirracial Asiático/Isleño del Pacífico Nativo
Americano Otro

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Nombre de escuela que asistirá durante el año escolar 2021/2022: _____

Nivel de grado para el año escolar 2021/2022: _____

¿Su hijo/hija califica para almuerzo escolar gratis o reducido? Si _____ No _____

¿Reside dentro de los límites de la ciudad? Si _____ No _____

¿Ha sido su hijo miembro del Club antes? Nuevo Miembro _____ Renovación _____

¿Se permite a su hijo CAMINAR A CASA? Si _____ No _____

Proporcione su número de teléfono celular para recibir actualizaciones críticas de última hora a través de mensajes de texto sobre las operaciones del club, cierres relacionados con el clima, etc.

Teléfono celular de los padres: _____

Descripción general del niño (en caso de emergencia):

Color de ojos: _____ Altura: _____ Peso: _____

Cualquier marca distintiva: _____

Padre / Guardian legal: enumere TODOS los guardianes legales, incluso si residen en hogares diferentes *:

Nombre del padre / Guardian 1: _____

¿Cuándo reside el niño con este padre / guardián?

____Tiempo Completo

____Tiempo Parcial

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Teléfono móvil: _____

**** Incluya un número de teléfono al que se le pueda localizar en todo momento durante el horario de operación de BGC, según las políticas que se describen en el Manual para Padres de 2021-2022.**

Relación con el niño: _____ Email: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Nombre de la madre / Guardian 2: _____

¿Cuándo reside el niño con este padre / guardián?

____Tiempo Completo

____Tiempo Parcial

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Teléfono móvil: _____

**** Incluya un número de teléfono al que se le pueda localizar en todo momento durante el horario de operación de BGC, según las políticas que se describen en el Manual para Padres de 2021-2022.**

Relación con el niño: _____ Email: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

*** Es responsabilidad del guardián legal que inscribe al niño en el programa Boys & Girls Club notificar al personal inmediatamente por escrito sobre cualquier cambio en los acuerdos de custodia legal.**

Información médica del niño:

Médico primario: _____ Teléfono de oficina: (____) _____

¿Permiso para tratamiento por doctor? Si _____ No _____

Información de seguro médico:

¿Tiene seguro médico? Si _____ No _____

Medicaid _____ NC Care _____ Otro seguro médico _____

Aseguradora: _____

Número de póliza _____ Numero de Grupo _____

¿Cualquier operación, lesión grave, enfermedad crónica o afección médica grave? Si _____ No _____

En caso de que si, por favor especifique:

Lista todas las alergias conocidas: _____

Lista todos los medicamentos que está tomando el niño: _____

**** Si solicita al personal de BGC que le administre medicamentos a su hijo, complete el formulario titulado "Permiso y Autorización para Dispensación de Medicamentos."**

¿Su hijo requiere un EpiPen o inhalador? Si _____ No _____

En caso de que si, acepta proporcionar uno al personal de BGC para que lo mantenga en las instalaciones en todo momento, en caso de que su hijo lo necesite.

Si su hijo tiene alguna dificultad física, mental o social conocida u otra información que pueda afectar la participación y/o para la cual se necesitan adaptaciones especiales, envíe por correo electrónico una declaración del médico que identifique la afección y proporcione instrucciones especiales del médico para el cuidado de su hijo.

Información del Hogar:

Número de adultos en el hogar principal: _____

Número de jóvenes en el hogar primario menores de 18 años, incluyendo el miembro: _____

¿Hay otros miembros del club en el hogar?

_____ Si _____ NO Nombres: _____

¿Quién vive con el miembro del hogar principal? Marque todo lo que corresponda. _____ Mama _____ Papa
_____ Madrastra

_____ Padrastro _____ Abuelo _____ Padre Adoptivo _____ Guardian Legal

Otro: _____

¿Hay algún miembro del hogar que esté sirviendo actualmente en el ejército? Si _____ No _____

¿Cuántos adultos del hogar principal están empleados actualmente? _____

¿Cuántos adultos en el hogar principal están desempleados/despeditos? _____

¿Cuántos adultos en el hogar primario están actualmente en la escuela? _____

Ingreso anual total del hogar:

(Esta información es necesaria para subvenciones y otras fuentes de financiación, y para fines de becas. La información personal del hogar se mantiene confidencial y solo se informa en forma agregada, nunca por persona.)

- \$0-\$22,000
- \$22,001 - \$30,000
- \$30,001 - \$37,000
- \$37,001 - \$46,000
- \$46,001 y arriba

Contactos de Emergencia / Plan de Transporte

Nombre del niño: _____

Las siguientes personas tienen mi permiso para recoger a mi hijo en mi ausencia. DEBE figurar al menos UN contacto de emergencia que no sea el padre / guardián.***

Entiendo que se requerirá una identificación adecuada. Es responsabilidad del padre/guardián legal que inscribe a su hijo notificar al personal de BGC inmediatamente por escrito sobre cualquier cambio en los Contactos de emergencia/Plan de transporte. En ninguna circunstancia el niño será entregado a nadie que no sea un guardián legal, a menos que estén en esta lista.

1. Nombre completo _____

Parentesco con el niño: _____

Teléfono: _____

2. Nombre completo _____

Parentesco con el niño: _____

Teléfono: _____

3. Nombre completo _____

Parentesco con el niño: _____

Teléfono: _____

4. Nombre completo _____

Parentesco con el niño: _____

Teléfono: _____

****Usted es responsable de asegurarse de que recojan a su hijo al final del día del programa del Club. Si su hijo no ha sido recogido al tiempo de cerrar, haremos todo lo posible para comunicarnos con uno de sus contactos alternativos. Si no podemos localizar a nadie, no tendremos otra alternativa que llamar a las autoridades correspondientes.*

Información Adicional

La participación de los niños en BGC deberá estar de acuerdo con los requisitos del programa y los recursos disponibles.

Si bien no podemos brindar atención personalizada a ningún niño en este programa, nos esforzamos por satisfacer las necesidades de los niños que participan en la medida de lo posible con los recursos del programa disponibles. Utilice la sección a continuación para informarnos más sobre su hijo con el fin de satisfacer mejor sus necesidades.

Marque todo lo que se aplique a su hijo:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ADHD/hiperactividad | <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Exposición a pandillas en la comunidad | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down |
| <input type="checkbox"/> Exposición a la violencia en la comunidad | <input type="checkbox"/> Muestra desesperanza/falta de aspiraciones para el futuro |
| <input type="checkbox"/> Problemas de disciplina en la escuela | <input type="checkbox"/> Miembro(s) de la familia involucrados en el sistema penitenciario |
| <input type="checkbox"/> Problemas de visión o audición | <input type="checkbox"/> Malas calificaciones/riesgo de reprobación |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad de hablar / lenguaje | <input type="checkbox"/> Víctima de delitos violentos |
| <input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma | <input type="checkbox"/> Dotados |
| <input type="checkbox"/> Exposición a drogas / alcohol en la comunidad | <input type="checkbox"/> Educación especial / Plan de educación individualizado (IEP) |
| <input type="checkbox"/> Enojo / Comportamiento agresivo | <input type="checkbox"/> Plan 504 |
| <input type="checkbox"/> Desorden bipolar | <input type="checkbox"/> Discapacitado / Discapacidad física |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Depresión/ansiedad | |
| <input type="checkbox"/> Muestra baja autoestima | |
| <input type="checkbox"/> Disléxico | |

Comentarios/preocupaciones/instrucciones adicionales.

The above information is complete—Staff Initials: _____

Reconocimiento del padre/guardián y Liberación de Responsabilidad

Soy consciente de que COVID-19 es extremadamente contagioso y se cree que se transmite principalmente por contacto de persona a persona. Como resultado, los gobiernos federales, estatales y locales y las agencias de salud pública recomiendan el distanciamiento social y en muchos lugares han prohibido la congregación de grupos de personas. No obstante, necesito cuidado infantil y deseo inscribir a mi hijo en el programa Boys & Girls Club.

Por lo tanto, estoy solicitando que mi hijo, _____, participe en el programa Boys & Girls Club ("BGC") en estricto cumplimiento de los Términos de participación (Términos) de BGC según lo revisé en el Manual para Padres que aparece en www.bgchendersonco.org. Si bien no limito de ninguna manera esos Términos, reconozco y acepto específicamente lo siguiente:

1. La participación en BGC puede resultar en lesiones o transmisión de enfermedades (incluyendo, pero no limitado a COVID-19) a mi hijo. La participación de mi hijo en esta actividad es una acción voluntaria en todos los aspectos y asumo, en mi nombre, mi hijo, mi familia y todos los terceros, todos y cada uno de los riesgos de transmisión de enfermedades y lesiones (incluida la muerte), daños y pérdidas. que puede resultar de la participación de mi hijo en BGC.
2. Reconozco que es mi responsabilidad consultar con el médico de mi hijo (u otro proveedor médico apropiado) antes de la participación de mi hijo en BGC. Si mi hijo requiere la dispensación de medicamentos durante las horas de participación de BGC, he completado un formulario de autorización y autorización de dispensación de medicamentos.
3. Reconozco mi obligación de (a) responder a una llamada y / o mensaje de texto de BGC dentro de treinta (30) minutos de dicha llamada / mensaje de texto y, (b) si el personal de BGC lo solicita, yo (o una persona autorizada identificada en el paquete de solicitud de mi hijo) recogerá a mi hijo dentro de treinta (30) minutos posteriores a esa solicitud.
4. Mi hijo no tiene derecho a seguir participando en BGC en ninguna circunstancia; siempre que, sin embargo, BGC haga todos los esfuerzos razonables para proporcionar un aviso de al menos veinticuatro (24) horas en caso de que BGC ya no esté disponible para mi hijo. Sin embargo, si mi hijo o yo no cumplimos estrictamente con los Términos de BGC, según lo determinado a exclusivo criterio del liderazgo de BGC, resultará en la terminación inmediata de la participación de mi hijo en BGC. Una decisión de terminación por incumplimiento de mi parte o por mi hijo es definitiva.
5. En caso de una emergencia, autorizo a cualquier médico y / o personal médico a brindarle a mi hijo cualquier tratamiento que considere necesario para su atención inmediata y acepto que seré responsable del pago de todos y cada uno de los servicios médicos prestados en nombre de mi hijo.
6. Reconozco que Boys & Girls Club no es responsable por ninguna pérdida o robo de propiedad personal que se lleve en cualquier ubicación de BGC. Libero a BGC, incluidos los miembros de la Junta de gobierno, funcionarios, empleados y agentes, de cualquier responsabilidad relacionada con dicha pérdida o robo.
7. Reconocimientos, permisos y autorizaciones adicionales:
 - a. *Entiendo que se requiere ropa adecuada para mi hijo, adecuada para la escuela y la actividad física. (Consulte el Manual de membresía)*
 - b. *Por la presente, doy permiso al personal de BGC para administrar primeros auxilios en caso de lesiones menores, incluidos paquetes de hielo, antiséptico, vendajes, pomada a base de antibióticos, pomada para picadura de abeja en caso de lesión y/o asegurar o transportar a mi hijo para recibir tratamiento médico de emergencia. Se hará todo lo posible por contactarme a mí o a mis contactos de emergencia. Por la presente autorizo el transporte a un centro médico y/o la*

The above information is complete—Staff Initials: _____

llamada a un médico para proporcionar cualquier tratamiento médico de emergencia que sea necesario.

- c. *Por la presente doy permiso al personal de BGC para transportar a mi hijo a actividades/excursiones.*
- d. *Por la presente doy permiso para que mi hijo participe en programas apropiados para su edad diseñados para ayudar a los jóvenes tomar a practica decisiones personales y positivas y evitar comportamientos de riesgo como el uso de sustancias y la actividad sexual prematura con un enfoque de abstinencia primero.*
- e. *Por la presente, doy permiso para que BGC utilice la imagen de mi hijo con fines de publicidad y para promover la misión de BGC. No se compartirán apellidos ni información confidencial.*
- f. *Por la presente doy permiso para que mi hijo/a complete las encuestas previas y posteriores relacionadas con programas en el Club. Esta información se mantiene estrictamente confidencial, como todos los registros de miembros, y solo se utilizará para informar los resultados del Club en su conjunto, sin nombres de miembros ni información de identificación.*
- g. *Por la presente doy permiso para que las Escuelas Públicas del Condado de Henderson entreguen los registros educativos de mi hijo a BGC para su uso con fines de tutoría, seguimiento del éxito académico e informes de subvenciones. Este permiso permanece valido para el año escolar 2021-2022.*
- h. *El personal de BGC mantendrá todos los archivos de los niños de manera confidencial. La información pertinente se puede compartir profesionalmente con un miembro del personal del Boys & Girls Club, el administrador de casos del Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Norte (si se ha iniciado una investigación legal), la policía o el Sistema de Escuelas Públicas del Condado de Henderson. Los archivos de todos los programas financiados en su totalidad o en parte por el Departamento de Instrucción Pública de Carolina del Norte o el Departamento de Justicia Juvenil de Carolina del Norte están disponibles para monitoreo y sujetos a auditoría por parte de la agencia financiadora. La comunicación de la información individual de los niños a personas o agencias distintas de las que se enumeran aquí requerirá la aprobación expresa por escrito del padre o guardián legal del niño. Estoy de acuerdo con la divulgación de información a las personas o agencias que se enumeran anteriormente. Entiendo que cualquier divulgación de información a personas o agencias distintas a las mencionadas anteriormente requerirá mi aprobación por escrito.*
- i. *Entiendo que esta aplicación y todas las liberaciones permanecerán vigentes mientras dure el programa BGC. Entiendo que es mi responsabilidad asegurar que la información actual y precisa esté archivada con el personal de BGC, y acepto informar al personal de BGC de inmediato si hay algún cambio en mi información como se indica en este paquete.*
- j. *He leído todas las Políticas para BGC detalladas en el Manual para Padres publicado en www.bgchendersonco.org, incluidas las nuevas políticas vigentes para ayudar a prevenir la propagación de COVID-19, y certifico que yo, y mi hijo, cumpliremos con todo lo establecido. Entiendo que no hacerlo puede resultar en la expulsión inmediata de mi hijo del programa BGC.*
- k. *Entiendo que todos los cargos por pagos atrasados se deben pagar al recoger a mi hijo. Entiendo que la falta de pago a tiempo puede resultar en la suspensión de los privilegios del Club de mi hijo hasta que se paguen todas las cuotas. Entiendo que el puesto de mi hijo está sujeto a ser reasignado a un miembro en la lista de espera si no se pagan mis tarifas.*
- l. *He leído y entiendo las liberaciones de responsabilidad anteriores y acepto, como padre o guardián, cumplir con las políticas de BGC.*

The above information is complete—Staff Initials: _____

m. Proporcionaré las siguientes notificaciones al personal de BGC INMEDIATAMENTE cuando ocurra cualquiera de las siguientes situaciones. Entiendo que no revelar honestamente las exposiciones o los síntomas de COVID-19 puede resultar en la expulsión permanente del programa BGC:

- A mi hijo le hacen la prueba de COVID-19;
- Mi hijo tiene un diagnóstico positivo de COVID-19;
- Me hicieron la prueba de COVID-19;
- Tengo un diagnóstico positivo de COVID-19;
- Una persona que vive en mi hogar se somete a la prueba de COVID-19.;
- Una persona que vive en mi hogar tiene un diagnóstico positivo de COVID-19; y
- Yo, un miembro de mi hogar o mi hijo tenemos un encuentro de contacto cercano (definido por los CDC como a menos de 6 pies de distancia durante 15 minutos o más) con alguien que ha dado positivo en la prueba de COVID-19.

He leído y entiendo completamente este Reconocimiento y Liberación de Responsabilidad establecidos anteriormente.

Firma del Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

Nombre del Padre/Guardian en letras de molde: _____

The above information is complete—Staff Initials: _____