



Aplicación para 2024-2025

Estudiante Nuevo

Por favor complete una aplicación por niño.

Fecha de aplicación: _____

REPORTE DE GRADOS & IEP'S (si aplicable) SON REQUERIDOS PARA LA ENTRADA

\$20 para registrarse

APELLIDO DEL NIÑO* _____ NOMBRE* _____ INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE* _____

GENERO* MASCULINO FEMENINO FECHA DE NACIMIENTO* ____/____/____ MES/DIA/AÑO GRADO ACTUAL* _____
ESCUELA ACTUAL* _____ NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LA ESCUELA* _____

DIRECCIÓN DEL NIÑO*: _____
Calle Apt. Ciudad Estado Código Postal

NOMBRE DEL ENCARGADO _____ RELACIÓN AL NIÑO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NOMBRE DEL ENCARGADO _____ RELACIÓN AL NIÑO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

CELULAR _____ NUMERO ADDITIONAL _____

TRABAJO _____ CORREO ELECTRONICO _____ *Escriba N/A si no disponible.*

DE NIÑOS QUE VIVEN EN ESTA DIRECCION: _____ # DE ADULTOS QUE VIVEN EN ESTA DIRECCION: _____

RAZA DEL NIÑO* Negro/Afro-Americano Asiatico Blanco Isleño del Pacifico Multiracial Otro

ORIGEN ETNICO DEL NIÑO* Haitiano Hispano Otro PAIS DE ORIGEN DEL NIÑO: _____

OTRO IDIOMA(S) HABLADO EN LA CASA * Español Haitano - Criollo Ninguno Otro _____

EL NIÑO ES COMPETENTE EN EL INGLES?* Si No TIENE REGISTROS DE VACUNAS O IMMUNIZACION* Si No

ES PARTE DEL SYSTEMA DE DEPENDENCIA (Sistema de crianza)? Si No Se desconoce

ES PARTE DEL SYSTEMA DE DELINCUENCIA (Detención juvenil)? Si No Se desconoce

EL NIÑO TIENE SEGURO MEDICO? (ej. Seguro Privado, KidCare, Medicaid)* Si No *(Si no, el Childrens Trust podría ayudarte -llame al 211)*

Queremos conocer mejor a su hijo para que podamos ofrecer la mayor experiencia posible en nuestros programas. Por favor díganos más sobre su hijo...

El niño tiene alguna de las siguientes opciones? (Marque todas las que apliquen.)

- Un plan de educación Individualizado (IEP) del sistema escolar
- Diagnostico medico de un doctor
- Estado certificado, registrado o con licencia profesional (ej. psicologo)
- Section 504 Plan
- He solicitado una evaluación psicologica

Que tipo de ayuda recibe el niño? (Marque todas que apliquen)

- Medicación diaria (No incluye vitaminas)
- Terapia ocupacional (TO)
- Terapia física (TF)
- Terapia de lenguaje y del habla
- Terapia de comportamiento
- Consejería para preocupaciones emocionales
- Servicios de educación especial en la escuela
- Ninguna de las anteriores

Tamaño de camisa del niño: X-SMALL SMALL MEDUIM LARGE X-LARGE ADULT SMALL MEDIUM LARGE X-LARGE XX-LARGE

Cuales son las formas en que su hijo se comunica? (Marque todas las que apliquen)

- Habla y se entiende facilmente
- Habla pero es dificil de entender
- Usa lenguaje de señas
- Utiliza motivos de comuniucación como imagenes o un tablero
- Utiliza gestos como apuntar, tirar o parpadear



Que condiciones tiene su hijo que han durado un año o mas? (Marque todas las que apliquen)

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Usa sonidos que no son palabras como gruñidos |
| <input type="checkbox"/> Desorden del Espectro Autista |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo (solo si tiene menos de 5 años) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva o sordera |
| <input type="checkbox"/> Problemas con el aprendizaje (si ese n edad escolar) |
| <input type="checkbox"/> Condición o enfermedad medica |
| <input type="checkbox"/> Problemas de atención o hyperactividad (ADHD/ADD) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad fisica |
| <input type="checkbox"/> Problemas con depression o ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad de hablar o de lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Problemas con la aggression o el temperamento |
| <input type="checkbox"/> Deterioro visual o es ciego |
| <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |

Si marco "Ninguna de las anteriores" en la pregunta anterior, omita las dos preguntas siguientes y firme a continuacion. Si marco cualquier otra respuesta anterior, responda las preguntas restantes y firme abajo.

Alguna de las condiciones anteriores escritas arriba hace mas dificil para su hijo hacer cosas que otros niños de la misma edad pueden hacer? Si No

Para apoyar la participación de su hijo en este programa, en que areas necesitara ayuda adicional?

- No necesita ninguna ayuda especifica
- Actividades academicas de aprendizaje o de lectura
- Adapta las actividades para tener en cuenta una discapacidad visual o auditiva
- Sosteniendo un lapis, crayon, escribiendo o usando tijeras
- Controlando sus sentimientos y comportamiento
- Servicios personales como ayuda con la alimentación, usar el baño o cambio de ropa
- Actividades deportivas o fisicas como correr
- Utiliza dispositivos auxiliares como una silla de ruedas, muletas, tirantes o andadores
- Otros _____

EDUCACION MAS ALTO DE MADRE COMPLETADO _____ Grado
 Diploma de Secundaria Poco de Universidad Diploma Asosiado Diploma de Universidad Titulo de Postgrado

EDUCACION MAS ALTO DE PADRE COMPLETADO _____ Grado
 Diploma de Secundaria Poco de Universidad Diploma Asosiado Diploma de Universidad Titulo de Postgrado

TIPO DE ENCARGO DE FAMILIA Soltero/a Casado/a Dos Padres Abuela/Relativa

INGRESO MENSUAL \$ _____ (Marque todo lo que aplique)
 SSI/Desabilidad \$ _____ Estampillas de Comida \$ _____ TANF \$ _____ Salario \$ _____
 Manutencion de menores \$ _____ Beneficios de Veterano \$ _____ Desempleado \$ _____

Este nino es de familia militar? Si No Este nino es de familia migrante? Si No
 Este nino tiene almuerzo gratis o reducido en escuela? Si No Este nino tiene un padre encarcelado? Si No

Ha reprovado alguna vez su hijo? Si No Si la respuesta es si, cuando? _____
 Hay computadora en el hogar? Si No Tiene acceso al internet? Si No

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA (Otro a Padre/Encargado) Si no se puede contactar, por favor, trate de contactar con mi designado(s):

1. _____
 Nombre Numero de Telefono

2. _____

Nombre

Numero de Telefono



INFORMACIÓN DE DESPIDO DEL PROGRAMA

El despido empieza a las **5:00pm durante el Verano**. Nosotros no ofrecemos transporte. Los padres deben hacer arreglos si los estudiantes no viven cerca.

MARQUE UNA CATEGORIA PARA EL DESPIDO DE SU HIJO:

Ofrecemos un viaje a casa para niños que necesitan viajes fuera de un radio de 2 cuadras de TML dentro del código postal 33030

- Voy a estar recogiendo mi niño(s) todos los días antes de las 5:00pm.
- Mi hijo va a caminar a su casa a las 5:00 pm durante año escolar con excepción de en el invierno que ira a su casa a las 5:15 pm .
- Mi hijo esta en el Grado 3-8 y doy permiso para que ellos caminen a su casa. *(A hermano(a) menor se le permite caminar con su hermano(a) mayor.)*
- Durante las vacaciones de primavera y el campamento de verano, ¿recogidas por la mañana en casa? Solo si el niño vive fuera de un radio de 2 bloques de TML Sí No

Nombre de otros adultos que pueden recoger a su hijo (Debe ser mayor de 18 años)*			
1.	NOMBRE _____	Telefono _____	RELACIÓN _____
	Nombre Apellido		
2.	NOMBRE _____	Telefono _____	RELACIÓN _____
	Nombre Apellido		

NOMBRE DE ADULTOS QUE **NO** PUEDEN RECOJER A SU HIJO

NOMBRE _____ RELACION _____

POLITICA DE NO DICRIMINACION:

Touching Miami with Love no discrimina en ningun programa o actividad en base a sexo, raza, estado migratorio de niños o padres, salud, religion, color, origen nacional, edad, orientación sexual, expreción de genero, identidad de genero, discapacidad o capacidad de pago por servicios . Los niños con discapacidades fisicas, emocionales o de conducta pueden encontrar programas diseñados especialmente para satisfacer sus necesidades a traves de otros Programas Childrens Trust; Se haran esfuerzos para ayudar con una referencia a la ubicación mas adecuada para cada niño.

INFORMACION MEDICA DEL NINO

EXCEPTO COMO SE INDICA A CONTINUACION, este niño esta en buen estado de salud, no tiene alergias ni condiciones cronicas que pudieran afectar el tratamiento , y no toma ningun medicamento rutinariamente. Sus inmunizaciones son actuales.

Alergias de Comida	Alergias a Medicamentos	Otras Alergias	Condiciones Cronicas
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anotelas: _____	Anotelas: _____	Anotelas: _____	Anotelas: _____

SU HIJO SABE **NADAR**? Si No **SU HIJO TOMA MEDICAMENTOS**? Si No

Si escojiste "Si", nombre medicamento(s) _____ Cuantas veces al día lo toma _____

Alguna vez su hijo ha sufrido algun tipo de trauma psicologico o fisico? (muerte , divorcio o separación, padre en prision, testigo de algun accidente o crimen)

Si No Si escojio "Si", explique: _____

Su hijo ha recibido consejeria psicologica, psiquiatrica o tratamiento alguna vez?

Si No Si escojio "Si", explique: _____

Su hijo tiene alguna enfermedad pasada/presente de la que debemos estar consientes?

Si No Si escojio "Si", explique: **Por favor, diganos cualquier otra cosa que creas que es importante que sepamos acerca de tu hijo.** _____



LIBERACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA LOS PADRES Y RENUNCIA DE LIABETES PARA TOUCHING MIAMI WITH LOVE

Al firmar la solicitud a continuación, estoy de acuerdo en que he leído lo siguiente y certifico lo siguiente:

- 1) Reconozco que la información de la solicitud y la información médica que he proporcionado anteriormente son verdaderas y completas según mi mejor conocimiento y capacidad. Entiendo que se harán todos los esfuerzos posibles para que me comuniquen si mi hijo se enferma o se lesiona en el sitio o en una excursión. Si, a juicio del personal o un profesional médico, el retraso en llegar a mí puede poner en peligro el bienestar del niño, por la presente autorizo al personal o profesional médico a asegurar cualquier tratamiento médico que se considere necesario, incluida la administración de anestesia y cirugía.
- 2) Reconozco y soy consciente de los riesgos y peligros relacionados con que la participación de mi hijo en el Programa patrocinado por Touching Miami with Love y sus socios y financiado por el Children's Trust involucra educación física, deportes organizados, comidas y fuera del sitio viajes al campo. Dado que estas actividades pueden conllevar cierto grado de riesgo para la salud física y emocional de mi hijo, y pueden incluir riesgos y peligros desconocidos para mí o para mi hijo.
- 3) Entiendo que parte del riesgo involucrado en emprender cualquier actividad es relativo al estado de aptitud de mi hijo. Reconozco que mi hijo no tiene ninguna condición física que le impida participar de manera segura en estas actividades.
- 4) Yo, por mí mismo, por mi parte, libero, exonere, renuncio y renuncio a Tocar Miami con Amor, la Confianza de Niños, y todos los empleados, oficiales, directores, agentes y voluntarios asociados con el programa fuera de la escuela de todas Reclamaciones, demandas, daños, acciones y causas de acciones que surjan de lesiones, daños o muerte que yo o mi hijo sufran como resultado de la participación en este programa fuera de la escuela.
- 5) Además, estoy de acuerdo expresamente en que esta liberación y renuncia de responsabilidad tiene la intención de ser tan amplia e inclusiva como lo permitan las Leyes del Estado de la Florida y que, en cualquier parte de la misma, se considere inválida, se acuerda que el saldo Sin perjuicio de la porción inválida, continuará en pleno vigor y efecto.
- 6) Estoy de acuerdo en hacer todo lo posible para asegurar que mi hijo participe en el programa todos los días, a menos que él / ella esté demasiado enfermo para asistir.
- 7) También estoy de acuerdo en que yo o mi representante firmaremos a mi hijo cada día que él / ella asista al programa.
- 8) Estoy de acuerdo con todas las normas del programa. Soy consciente de que si (el padre) es TARDE recogiendo a mi hijo al final del día después de las 5:00 PM, hay un cargo por pago atrasado de \$ 25. Si no me pagan dentro de una semana, entiendo que mi hijo será suspendido y posiblemente retirado de los programas de Touching Miami with Love.
- 9) Entiendo que algunos de los sitios del programa se llevan a cabo en las instalaciones de las instituciones religiosas con el propósito principal de proporcionar enriquecimiento académico y un ambiente seguro durante el tiempo fuera de la escuela. En algunos casos, la instrucción religiosa puede ser ofrecida como una opción a los niños en el local, pero solamente con permiso escrito de los padres. A menos que se haya dado permiso expreso por escrito para que mi hijo participe en la instrucción religiosa, se llevará a cabo una actividad no religiosa opcional. No se utilizarán fondos fiduciarios para niños para los estipendios de los maestros, libros, planes de estudios u otros gastos relacionados con la instrucción religiosa.
- 10) Entiendo que TML sigue estrictas políticas de confidencialidad del cliente. TML no revelará información confidencial a personas no autorizadas. Todos los registros se mantienen en archivadores cerrados y el acceso se concede sólo a los miembros del personal de cuidado directo. Además, se aplican las leyes de confidencialidad HIPPA si se aplican.
- 11) Entiendo que TML no es responsable de su hijo / a una vez que él / ella sea dejado en casa / destino. Es mi responsabilidad tener yo o alguien en casa / destino para conocer a mi hijo.
- 12) Autorizo a las Escuelas Públicas de Miami-Dade Co. a divulgar información de registros escolares referente a calificaciones, asistencia y conducta a una persona (s) autorizada (s) que actúe en nombre de TML.
- 13) Autorizo a TML a divulgar información de identificación sobre mi hijo y yo, previa notificación, para tener acceso a servicios adicionales y apoyo para mí o mis hijos.
- 14) Autorizo permitir la toma de fotos o videos de mi hijo (a) y / o de mí durante las actividades del programa. Las fotos y los videos pueden revelar mi niño y / o mi identidad sin ninguna compensación pagada a mi niño, a mí oa otros. Todas las fotos y videos serán propiedad exclusiva de TML y pueden ser utilizados con fines educativos y / o promocionales. Y todas las grabaciones tomadas de usted, su hijo o guardias, serán propiedad de TML. En lo que respecta al uso de las Grabaciones tomadas de usted, sus hijos o guardias, usted renuncia a cualquier reclamación presente y futura que usted pueda tener contra TML su personal, proveedores de servicios, empleados, agentes, afiliados y miembros de la junta.
- 15) Doy mi permiso para que esta información sea enviada a The Children's Trust para fines de calidad y evaluación del programa. The Children's Trust proporciona fondos para el programa. Para preguntas visite www.thechildrenstrust.org o llame a The Children's Trust al 305-571-5700
- 16) **Reconozco que he recibido y entiendo la "Manual de Padres".**

NOMBRE DEL PADRE /TUTOR LEGAL _____ **FIRMA** _____ **FECHA** _____

Completar una aplicación NO significa que esté aprobada. Recibirá una llamada telefónica una vez que se apruebe.

FOR STAFF USE ONLY (MUST BE COMPLETED):

Start Date: _____

Income Verification: Yes No

Address Verification: Yes No

Program Assistant Signature: _____

Date: _____

Program Coordinator Signature: _____

Date: _____

Site Director Signature: _____

Date: _____