

Los Apartamentos Nuevo Asentamiento
Programa para Chicas y Mujeres Jóvenes de 2018-19
2018-19 Formulario de inscripción



La Información personal (Favor de llenar TODOS los espacios)

Primer nombre de Participante: _____

el Apellido: _____

Nombre de Pariente/Guardián:

la Dirección de: _____ Propenso. # _____

La Ciudad: _____ el Estado: _____ Código de Cremallera _____

teléfono de Hogar: _____ teléfono de Día de Guardián: _____

teléfono celular de Participante: _____

teléfono celular de Guardián: _____

Correo Electrónico de Participante: _____

la Fecha del Nacimiento: ____/____/____ la Edad: _____

Escuela (en otoño 2016): _____ el Grado de: _____

Si soy aceptada, concuerdo en apoyar los requisitos siguientes del **Programa de las Jóvenes:**

1. Permanezca por todo gobierna y las regulaciones del programa.
2. El ser del respeto, hacia otros participantes y el Personal siempre.
3. Ago un cometimiento de solamente faltar-al-programa cuando es inevitable.

La Firma del participante: _____ Fecha: _____

La Firma del Guardián: _____ Fecha: _____

ESTE PROGRAMA NO TOLERA VIOLENCIA O USO DE DROGAS

Programas para Chicas y Mujeres Jóvenes de New Settlement 2018-19

ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

(Para que complete el padre, madre o guardián)

Nombre del alumna: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. Si mi hija necesita atención médica de emergencia y no pueden localizarme, doy mi consentimiento para que el programa mencionado anteriormente obtenga la atención médica necesaria para mi hija. Acepto abonar todos los costos asociados con la atención médica de emergencia que mi hija reciba. Entiendo que se hará todo lo posible por contactarme antes y después de que reciba atención médica.

2. Después de que el alumna haya recibido atención médica de emergencia, podrán retirarlo las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación con el alumna: _____

Domicilio: _____

Teléfono particular: _____ Empleador: _____

Teléfono laboral: _____

Nombre: _____ Relación con el alumna: _____

Domicilio: _____

Teléfono particular: _____ Empleador: _____

Teléfono laboral: _____

Nombre: _____ Relación con el alumna: _____

Domicilio: _____

Teléfono particular: _____ Empleador: _____

Teléfono laboral: _____

3. Información sobre seguro/salud:

Médico del alumna: _____ Compañía de seguro: _____

Teléfono: _____ Nº de identificación del beneficiario: _____

Alergias: _____ Religión: (opcional) _____

Última vacuna contra el tétano: _____ Medicamento(s) que toma: _____

Domicilio: _____

(médico del): _____

Comentarios adicionales: _____

4. Entiendo que este consentimiento tendrá validez a partir de la fecha en que yo firme el presente formulario y se mantendrá mientras mi hija esté inscrito en el programa extraescolar.

Firma del padre, madre o guardián

Fecha

Permiso para usar fotografía

Doy permiso a New Settlement para usar mi fotografía en toda forma y medios de comunicación, tales como folletos, calendarios, boletines informativos, artículos noticiosos, y la página de Facebook del Programa de Chicas y Mujeres Jóvenes Facebook.com/NSAGirlsProgram). He leído este consentimiento y estoy plenamente familiarizada(o) con su contenido.

Nombre de la participante

Firma & fecha

Nombre del padre/tutor legal

Firma & fecha

Dirección _____

Forma de Matriculación

Para uso de oficina solamente

Fecha de presentación:

Fecha de ingreso:

Membresía #:

Direcciones: Por favor escriba legiblemente y de una respuesta por todas las preguntas. ¡Gracias!

Nombre del participante: _____ Maestro: _____

Fecha de Nacimiento: (MES) _____ (DIA) _____ (ANO) _____ Edad: _____ Grado: _____

Teléfono de Celular del Participante (si tiene): _____

Domicilio: _____ Apt. #: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Email del participante (si tiene): _____

Guardián principal:

Primer Nombre y Apellido: _____ Relación: _____

Teléfono de trabajo: _____ Teléfono de celular: _____ Teléfono de casa: _____

Email (si tiene): _____

Otro guardián (si tiene):

Primer Nombre y Apellido: _____ Relación: _____

Teléfono de trabajo: _____ Teléfono de celular: _____ Teléfono de casa: _____

Email (si tiene): _____

Contacto de emergencia (si padre/guardián no pueden ser localizados):

Primer Nombre y Apellido: _____ Relación: _____

Teléfono de trabajo: _____ Teléfono de celular: _____ Teléfono de casa: _____

Domicilio: _____ Apt. #: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Email (si tiene): _____

Contacto de emergencia secundario (si el contacto primero no puede ser localizado):

Primer Nombre y Apellido: _____ Relación: _____

Teléfono de trabajo: _____ Teléfono de celular: _____ Teléfono de casa: _____

Domicilio: _____ Apt. #: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Email (si tiene): _____

La siguiente información es requerida únicamente para propósitos financieros, y se mantendrá anónima.

1. Etnicidad del participante:

- Hispano / Latina
- No Hispano / Latina
- Renunciar a indicar

2. Raza del Participante:

- Asiático Americano / Isleño del pacífico
- Afroamericano
- Multirracial
- Indio americano
- Otro

3. Idioma principal hablado en casa: _____

4. Número de personas que viven en casa: _____

5. Número de años que Padre/Guardián ha vivido en Los EE.UU: _____

5. Participante vive con:

- Los dos padres
- Padre solamente
- Abuelo(s)
- Guardián(es)
- Madre solamente
- Custodia conjunta
- Padre & Padrastro
- Renunciar a indicar

Otro: _____

6. Ingreso Anual de Hogar:

- \$0 – 5,000
- \$5,001 – 10,000
- \$10,001 – 15,000
- \$15,001 – 20,000
- \$20,001 – 25,000
- \$25,001 – 30,000
- \$30,001 – 35,000
- \$35,001 – 40,000
- Más de \$40,000
- Renunciar a indicar
- No se sabe

7. Nivel de educación completado por los padre/guardián:

- Escuela Primaria
- Escuela Secundaria
- Escuela Vocacional
- Alguna Universidad
- Dos años de Universidad
- Bachillerato
- Maestría
- Doctorado
- Renunciar a indicar

Otro: _____

Acuerdo de liberación de Responsabilidad (requerido)

Yo autorizo mi hijo/a a participar en programas de Girls Incorporated of New York City. En consideración de esta participación, libero a Girls Incorporated of New York City, sus empleados, y voluntarios de cualquier responsabilidad, pérdida ó reclamo, demanda, acción ó causa de acción que resulte ó sea ocasionada en cualquier forma por dicha participación. También libero a Girls Incorporated of New York City, sus empleados y voluntarios de cualquier responsabilidad, pérdida ó reclamo, demanda, acción que ocurra durante la transportación de mi hija por razones de participación en cualquier actividad de Girls Inc.

Firma de Padre/Guardián Legal

Nombre de Padre/Guardián Legal (en letra de molde)

Fecha

Permiso Parental (requerido)

Yo, padre/guardián de (nombre del participante), _____, le doy permiso para participar en el programa de Girls Incorporated of New York City, incluyendo los paseos que pasan fuera de la escuela.

Firma de Padre/Guardián Legal

Nombre de Padre/Guardián Legal (en letra de molde)

Fecha

Declaración de confidencialidad (requerido)

Los programas de Girls Incorporated of New York City se encuentra en un proceso de evaluación. Philliber Research Associates and Girls Inc. Nacional son los agencias que se encargarán de esta evaluación. Para esta evaluación, necesitamos información de todos los estudiantes que participan en nuestro programa. Esta información puede incluir encuestas a los estudiantes, escalas de calificación de maestros, grupos focales, observaciones de los evaluadores y los registros académicos. Toda la información recopilada sobre su niño se llevará a cabo en la más estricta confidencialidad, en la medida que lo permita la ley. **La participación en esta evaluación es totalmente voluntaria.**

Yo doy permiso para Girls Inc of New York City, Philliber Research Associates and Girls Inc. National para revisar los datos de la escuela de los participantes (resultados de exámenes, calificaciones, asistencia y otros índices de rendimiento) con el propósito de proveer instrucción académica específica y la evaluación de la eficacia de los programas de Girls Inc. of New York City. También estoy de acuerdo en participar, y para permitir a los participantes a tomar parte en las encuestas de evaluación, y grupos focales con el fin de determinar la efectividad del programa. Comentarios de encuestas y grupos de enfoque se mantendrá confidencial.

Firma de Padre/Guardián Legal

Nombre de Padre/Guardián Legal (en letra de molde)

Fecha

Permiso para evaluar (opcional)

Este permiso incluye el seguimiento sobre la asistencia a la escuela de las niñas y la puntuación en los exámenes de temas particulares para el fin del propósito de evaluación. También, doy permiso a la participante a llenar evaluaciones y participar en grupos para que el programa puede determinar el éxito del programa. Comentarios de las evaluaciones y grupos son confidenciales.

Firma de Padre/Guardián Legal

Nombre de Padre/Guardián Legal (en letra de molde)

Fecha

Permiso para fotografías y otros medios de comunicación (opcional)

Yo autorizo a Girls Incorporated of New York City, sus agentes, y a otros empleados trabajando independientemente a través de Girls Inc. a usar la imagen/el parecido/la voz de mi hija en fotografías, diapositivas, producciones de video, cobertura de radio, cobertura televisiva, entrevistas, recomendaciones y cualquier otros medios de comunicación con el propósito de dar publicidad a o representar a Girls Incorporated y sus programas. También le concedo permiso y transfiero a Girls Incorporated todos los derechos, títulos, e interés en los medios de comunicación descritos aquí incluyendo, pero no únicamente, cualquier regalía, recaudación, u otros beneficios obtenidos de estas fotografías o grabaciones.

Firma de Padre/Guardián Legal

Nombre de Padre/Guardián Legal (en letra de molde)

Fecha

***Gracias por llenar las formas de matriculación.
Valoramos la seguridad de las niñas y mantener su información confidencial.***