

**Los Apartamentos Nuevo Asentamiento**  
**Programa para Chicas y Mujeres Jóvenes**  
**2019-2020 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 2019): \_\_\_\_\_ 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**

# Programa para Chicas y Mujeres Jóvenes de New Settlement 2019-2020

## 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 mi permiso a la **Programa para Chicas y Mujeres Jóvenes** de New Settlement, **EDsnaps, Inc.** y **Shake It Out, Inc.**, para usar mi fotografía (o la de mi hijo, si el participante es menor de 18 años) en toda forma y medios de comunicación, como folletos, boletines informativos, noticias, artículos, y en línea, con el fin de promover el trabajo de estas organizaciones sin fines de lucro y recaudar fondos para futuros programas.

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.***

## GIRLS INC. OF NYC PERMISO DE LA COLECTA DE DATOS

Estimados Padres/Guardianes legales,

En el esfuerzo de apoyar el trabajo de Girls Inc. of NYC, y mejorar los programas y avanzar el progreso académico de los participantes, estamos solicitando su permiso para darle una encuesta y tener acceso a los archivos de su hija del Departamento de Educación (DOE) de Nueva York. Estos archivos incluyen: muestro de asistencia a la escuela, los cursos y grados recibidos, los resultados de exámenes del estado de Nueva York, y información demográfica. Los datos de DOE serán solicitados para los años académicos del 2016-17 y 2017-18. Si tu hija continúa a la universidad, sus progresos serán evaluados por el National Student Clearinghouse.

El estudio será dirigido por Philliber Research & Evaluation (Philliber). El propósito de esta solicitud es para obtener datos sobre el éxito académico. Toda la información sobre su hija será confidencial. Los datos serán presentados en formato sumario y no va a identificar a individuales.

Al firmando este formulario de consentimiento, no está renunciando derechos legales. Solo le está dando permiso a Philliber para el acceso de los datos de encuestas y archivos académicos. Este estudio es voluntario y no pone ningún riesgo que no sea encontrado en cada día de la vida. Si no le da permiso a su hija a participar, no tendrá efecto en la elegibilidad de la participación en el programa. Si decide que no quiere que su hija sea parte de este estudio, puede parar en cualquier momento.

Si tiene preguntas, por favor contacte a Dr. Stacie Powers, la persona encargada de este estudio, al siguiente email [spowers@philliberresearch.com](mailto:spowers@philliberresearch.com) o llamar al 845-626-2126.

**Si usted le da permiso a Philliber acceder los datos de su hija, por favor complete y firme abajo.**

Nombre de su hija: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Apellido

Fecha de nacimiento de su hija: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
día mes año

OSIS#: \_\_\_\_\_  
Los 9-dígitos del NYC ID del estudiante

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del pariente/guardián legal: \_\_\_\_\_  
Primer nombre Apellido

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
día mes año