



**E.T. Meredith Jr. Club**  
East High School  
1421 Walker St.  
Des Moines, IA 50316  
(515) 242-7955

**For office use only**  
Date Received: \_\_\_\_\_  
Entered by: \_\_\_\_\_

**Form of Payment**  
\$ \_\_\_\_\_ or  
ck \_\_\_\_\_ ck

## SOLICITUD DE MEMBRESIA PARA 2021

Horas del club durante el Verano: 8:30 a.m. – 5:30 p.m.

**Confidencialidad:** Toda la información solicitada es para nuestros registros y para la financiación de la organización, Boys & Girls Clubs of Central Iowa (BGCCI). Las respuestas que usted proporcione serán mantenidas totalmente confidenciales. Su cooperación ofreciendo esta información es apreciada y necesaria.

Estudiante ID # \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL MIEMBRO

Nombre \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_  
Primero Segundo Apellido

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Genero: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Transgenero ☐ No Binario(a)

Escuela \_\_\_\_\_ Grado (20-21 año escolar) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ ¿Puede nadar? ☐ Sí ☐ No Correo electrónico \_\_\_\_\_

☐ Nuevo miembro del Club ☐ Recurrente miembro del Club Sitio previo \_\_\_\_\_

Califica para almuerzo gratis o reducido: ☐ Si ☐ No Es aprendiz(a) de la lengua Ingles (ELL): ☐ Si ☐ No

### Transporte previsto al final del Club:

☐ Padres/Guardián ☐ Escuela/El autobús (12+ solo) ☐ Caminar (12+ solo) ☐ Otro \_\_\_\_\_

**BGCCI pregunta lo siguiente para obtener más información de su joven. Toda la información se mantendrá confidencial. Por favor marque uno de cada grupo.**

#### Etnicidad:

- ☐ Negro/Africano  
☐ Caucásico  
☐ Hispano/Latino  
☐ Asiático  
☐ Indígena Americana  
☐ Hawaiano/Otra Isla del Pacífico  
☐ Dos razas o más  
☐ Otro \_\_\_\_\_

#### Tipo de hogar:

- ☐ Familia  
☐ Padres Adoptivos  
☐ Hogar grupal/Residencial  
☐ Cuidado de independiente  
☐ Familia extendida  
☐ Otro \_\_\_\_\_

#### Estudiante vive con:

- ☐ Madre & Padre  
☐ Madre solo / ☐ Padre solo  
☐ Madre & Padrastro  
☐ Padre & Madrastra  
☐ Padre adoptivo  
☐ Abuelo(s)  
☐ Otro \_\_\_\_\_

#### Ingreso familiar anual:

- ☐ Menos que \$10,000  
☐ \$10,000 - \$14,999  
☐ \$15,000 - \$24,999  
☐ \$25,000 - \$34,999  
☐ \$35,000 - \$49,999  
☐ \$50,000 - \$74,999  
☐ \$75,000 - \$99,999  
☐ \$100,000 y más

**Numero de las personas en la casa:** \_\_\_\_\_

### LA INFORMACION DE SU MEDICO (Necesario):

Nombre del medico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Medicinas actuales: \_\_\_\_\_ Hospital preferido: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Póliza de seguro: \_\_\_\_\_

### LA INFORMACION DE SU DENTISTA (Necesario):

Dentista: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

## SALUD DEL MIEMBRO/INFORMACION MEDICA

Boys & Girls Clubs of Central Iowa da la bienvenida a los jóvenes con y sin discapacidades. Hacemos acomodaciones para que todos los jóvenes pueden acceder a nuestro Club; esperamos satisfacer las necesidades de todos los jóvenes. Por favor, contactar los directores de Club para discutir acomodaciones o apoyo.

| Problemas respiratorios                        | Problemas cardiacos                         | Problemas neurológicos  | Problema de alimentación                        | Problemas de glándula             | Ortopédico                                    |
|--|---|---|---|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Asma                  | <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco     | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes                   | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales  | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Huesos rotos         |
| <input type="checkbox"/> Vía aérea retractarse | <input type="checkbox"/> Cirugía de corazón | <input type="checkbox"/> Mareo <input type="checkbox"/> Desmayo         | <input type="checkbox"/> Problemas intestinales | <input type="checkbox"/> Tiroides | <input type="checkbox"/> Aparatos ortopédicos |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas       | <input type="checkbox"/> Otros problemas    | <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> ADHD/ADD | <input type="checkbox"/> Dieta especial         | <input type="checkbox"/> Riñones  | <input type="checkbox"/> Otros problemas      |

**Mi hijo está libre de cualquier enfermedad transmisible o infecciosa, y tiene la capacidad de participar en los programas de Boys & Girls Clubs of Central Iowa.** ☐ Sí ☐ No

**Registro de vacunación de mi hijo, y está en el archive con la enfermera de la escuela.** ☐ Sí ☐ No

**Mi hijo(a) tiene IEP ( Plan de Educacion Individualizada) por medio del distrito de la escuela.** ☐ Sí ☐ No

### Necesidades especiales que el médico le recomendó:

\_\_Gafas/Lentes de contacto \_\_Audífonos \_\_Asiento cerca de la maestra \_\_Privilegios exclusivos del baño \_\_Límites físicos

**Alergias:** (Comida/Medicina/Medio Ambiente/Animales) **Enfermedades, operaciones, o accidentes que su hijo ha tenido durante el año pasado:**

\_\_\_\_\_

**Emocional, social, u otras condiciones que puedan impedir el rendimiento de su hijo:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Otros problemas de salud en su hijo:** \_\_\_\_\_

## El jefe del hogar

**Padre/Guardián 1 Nombre** \_\_\_\_\_ **Sexo** ☐ M ☐ F

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Cuidad** \_\_\_\_\_ **Código postal** \_\_\_\_\_ **Tipo** ☐ Casa ☐ Otro \_\_\_\_\_

**Número de teléfono** \_\_\_\_\_ **Número de móvil** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico (para comunicar noticias del Club)** \_\_\_\_\_

**Empleador Principal** \_\_\_\_\_ **Posición del trabajo** \_\_\_\_\_ **Ocupación** \_\_\_\_\_

**Rama militar** \_\_\_\_\_ ☐ Servicio activo ☐ Descargado ☐ National Guard ☐ Reserva ☐ Retirado

**Idioma preferido para las comunicaciones del Club** \_\_\_\_\_

**Padre/Guardián 2 Nombre** \_\_\_\_\_ **Sexo** ☐ M ☐ F

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Código postal** \_\_\_\_\_ **Tipo** ☐ Casa ☐ Otro \_\_\_\_\_

**Número de teléfono** \_\_\_\_\_ **Número de móvil** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico (para comunicar noticias del Club)** \_\_\_\_\_

**Empleador Principal** \_\_\_\_\_ **Posición del trabajo** \_\_\_\_\_ **Ocupación** \_\_\_\_\_

**Rama militar** \_\_\_\_\_ ☐ Servicio activo ☐ Descargado ☐ National Guard ☐ Reserva ☐ Retirado

**Idioma preferido para las comunicaciones del Club** \_\_\_\_\_

**Por favor lea las siguientes declaraciones, y firme en la línea que se encuentra abajo. Si tiene algunas preguntas o dudas, por favor hable con el personal del Club.**

*Autorizo a Boys & Girls Clubs of Central Iowa a actuar en mi nombre en caso de que mi joven sea víctima de un accidente, lesión o enfermedad, en la que se necesite atención médica inmediata; a condición que un miembro del Club deberá hacer un esfuerzo diligente para notificarme primero y determinar mis preferencias. Si los esfuerzos para llegar a mí no tienen éxito, autorizo a los profesionales médicos para tomar las medidas que dictan juicio. Además, estoy de acuerdo, en que ni Boys & Girls Clubs of Central Iowa, ni otras personas asociadas con ellos, tienen ninguna responsabilidad de ningún tipo conmigo o con mi joven de cualquier reclamación del accidente, lesión o enfermedad, que mi joven puede sufrir como un resultado de cualquier cuidado de los médicos. Entiendo que Boys & Girls Clubs of Central Iowa no está autorizada para distribuir medicación u ofrecer servicios médicos.*

*Además, autorizo a Boys & Girls Clubs of Central Iowa para transportar a mi joven en los vehículos del Club a los viajes durante las horas previstas. Entiendo que sdo para los viajes de campo y las actividades afeura de los horarios regulares será solicitado mi permiso. Autorizo a Boys & Girls Clubs a fotografiar para las publicaciones y lo presentaciones mediáticas del Club. Si corresponde, autorizo a los miembros del área de medios para fotografiar o grabar mi joven participando en las actividades y eventos del Club.*

*Autorizo a Boys & Girls Clubs of Central Iowa y los investigadores contratados de los Clubs, para implicar a mi joven en las evaluaciones de los programas del Club. Entiendo que los datos de la información obtenida de estas actividades serán tratados con la máxima confidencialidad y mi joven no será identificado individualmente. También, autorizo a Boys & Girls Clubs of Central Iowa para hacer cumplir cualquier y todas las directrices establecidas en las lineamientos de uso de las computadoras. Tengo el derecho de obtener una copia de estas directrices a solicitud mía.*

*Además, certifico que de no cumplir con las directrices del Club y las expectativas de conducta, el resultado será la expulsión inmediata del miembro de las actividades del Club, y el miembro será enviado a costa de sus propios recursos y de sus padres/tutores, sin reembolso de ninguno de los programas del Club o de les cuotas de inscripción.*

*Mi hijo(s) y yo entendemos y compartimos el manual para miembros y padres de Boys & Girls Clubs of Central Iowa. Estamos de acuerdo con seguir las políticas en el documento, incluidas las políticas académicas, de conducta, y de seguridad. Al firmar este documento, declaro que he leído y comprendido su contenido y me someto a la política descrita.*

|       |       |
|-------|-------|
| Firma | Fecha |
|-------|-------|

## FORMULARIO DE PRIMEROS AUXILIOS

Autorizo a los empleados Boys & Girls Clubs of Central Iowa para adminstrar las siguientes cosas a mi hijo, \_\_\_\_\_ segun sea necesario. La siguiente lista incluye, pero no se limita, cosas para el cuidado que no son emergencias.

- Vendajes/ gasa
- Antisépticos/ antibióticos
- Loción
- Bloqueador solar
- Compresa fría

|       |       |
|-------|-------|
| Firma | Fecha |
|-------|-------|

**Por favor ponga TODAS las personas, incluyendo padres/guardián, que tengan más de 12 años, que puedan recoger a su niño del Club (incluido los padres y los contactos de emergencia.) BGCCI necesita identificación de todas las personas que vengán a recoger a sus hijos.**

|    |        |          |                         |                    |
|----|--------|----------|-------------------------|--------------------|
| 1. | Nombre | Apellido | Relación con el miembro | Número de teléfono |
| 2. | Nombre | Apellido | Relación con el miembro | Número de teléfono |
| 3. | Nombre | Apellido | Relación con el miembro | Número de teléfono |
| 4. | Nombre | Apellido | Relación con el miembro | Número de teléfono |
| 5. | Nombre | Apellido | Relación con el miembro | Número de teléfono |
| 6. | Nombre | Apellido | Relación con el miembro | Número de teléfono |

**Por favor ponga las personas que NO pueden recoger a su niño del Club.**

|    |        |          |                         |
|----|--------|----------|-------------------------|
| 1. | Nombre | Apellido | Relación con el miembro |
| 2. | Nombre | Apellido | Relación con el miembro |
| 3. | Nombre | Apellido | Relación con el miembro |
| 4. | Nombre | Apellido | Relación con el miembro |

## **Asunción del riesgo y exención de responsabilidad relacionada con el coronavirus / COVID-19**

El nuevo coronavirus, COVID-19, ha sido declarado una pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud. COVID-19 es extremadamente contagioso y se cree que se propaga principalmente por contacto de persona a persona. Como resultado, los gobiernos federales, estatales y locales y las agencias de salud federales y estatales recomiendan el distanciamiento social y, en muchos lugares, han prohibido la congregación de grupos de personas.

Boys & Girls Clubs de Central Iowa ("Club") ha implementado medidas preventivas para reducir la propagación de COVID-19; sin embargo, el Club no puede garantizar que usted o su (s) hijo (s) no se infecten con COVID-19. Además, asistir al Club podría aumentar su riesgo y el de sus hijos de contraer COVID-19.

Al firmar este acuerdo, reconozco la naturaleza contagiosa de COVID-19 y asumo voluntariamente el riesgo de que mi(s) hijo(s) y yo podamos estar expuestos o infectados por COVID-19 al asistir al Club y que dicha exposición o infección puede resultar en lesiones personales, enfermedad, discapacidad permanente y muerte. Entiendo que el riesgo de quedar expuesto o infectado por COVID-19 en el Club puede ser el resultado de las acciones, omisiones o negligencia de mí y de otros, incluidos, entre otros, empleados del Club, voluntarios y participantes del programa y sus familias.

Acepto voluntariamente asumir todos los riesgos anteriores y acepto la responsabilidad exclusiva de cualquier lesión a mi (s) hijo (s) o a mí mismo (incluidas, entre otras, lesiones personales, discapacidad y muerte), enfermedad, daño, pérdida, reclamo, responsabilidad o gasto, de cualquier tipo, que yo o mis hijos podamos experimentar o incurrir en relación con la asistencia de mis hijos al Club o la participación en la programación del Club ("Reclamaciones"). En mi nombre y en nombre de mis hijos, por la presente libero el compromiso de no demandar, despedir y eximir de responsabilidad al Club, sus empleados, agentes y representantes, de y de las Reclamaciones, incluidas todas las responsabilidades, reclamaciones, acciones, daños, costos o gastos de cualquier tipo que surjan o estén relacionados con ellos. Entiendo y acepto que esta versión incluye cualquier Reclamación basada en las acciones, omisiones o negligencia del Club, sus empleados, agentes y representantes, ya sea que ocurra una infección COVID-19 antes, durante o después de la participación en cualquier programa del Club.

---

*Firma de Padre/Madre/Guardianes*

*Fecha*

---

*Nombre de Padre/Madre/Guardianes*

*Nombre de sus Hijos/Hijas en Club*

## POLITICA DE PASAR TARDE POR UN MIEMBRO

Boys & Girls Clubs of Central Iowa tienen el honor de darle servicios para su hijo. Le pedimos que respeten nuestras horas de operación y la política de recogerlos.

### Horas de otoño de operación:

Lunes-viernes (junio 7<sup>th</sup> – agosto 13<sup>th</sup>)

- Horario regular del Club: 10:00 a.m. - 6:00 p.m.
- Horario del programa de hora temprana: 7:30 a.m. - 10:00 a.m. \*Los miembros deben registrarse por adelantado

### Todos los locales de BGCCI estaran cerrados Julio 5 hasta Julio 9.

Si su hijo no está recogido entre media hora después de que cerramos, Boys & Girls Clubs of Central Iowa tiene el derecho de llamar a servicios de protección infantil. Si su hijo continua de quedandose más tarde de la hora en que cerramos (6pm), Boys & Girls Clubs of Central Iowa puede terminar su inscripción.

**En caso de emergencia, por favor contactar el Club inmediatamente a 515-242-7955.**

|       |       |
|-------|-------|
| Firma | Fecha |
|-------|-------|

---

## FORMULARIO DE REGISTRO PARA EL PROGRAMA FEEDING THE FUTURE

El programa, Feeding the Future, les da a los niños y sus familias alimentos nutritivos, apta para niños y de de fácil manejo diseñada para complementar la dieta familiar del fin de semana. También, periódicamente incluimos productos de higiene personal. Los siguientes son ejemplos de alimentos que pueden incluirse en la alimentación de las bolsas: cereales, barras de granola, mantequilla de cacahuete, paquetes de frutas y vegetales, platos simples como macaroni & cheese, pasta, y otros productos nutricionales. Los artículos de cuidado personal pueden incluir desodorante, jabón, champú, cuidado dental, y productos de higiene femenina. Las bolsas serán proporcionadas cada viernes.

¿Algún miembro de su familia tiene diabetes?: ☐ Sí ☐ No ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

Las alergias alimentarias (marque todos las opciones que sean pertinentes): ☐ Cacahuete/Otro \_\_\_\_\_ ☐ Trigo

☐ Lácteos

☐ Otros alergias o restricciones dietéticas en su familia: \_\_\_\_\_

### ACUERDO:

☐ Me gustaría que mi familia participe en este programa, y estoy de acuerdo con los siguientes términos:

Boys & Girls Clubs of Central Iowa tratara de proporcionar artículos siguiendo sus necesidades dietéticas, sin embargo, Boys & Girls Clubs of Central Iowa no se hace responsable de ningún accidente, lesión o enfermedad que resulte de la participación en este programa. El padre/tutor debe examinar todos los artículos antes de usar/comer.

|       |       |
|-------|-------|
| Firma | Fecha |
|-------|-------|

## POLIZA DE PASAJE DE SEGURIDAD

El Club de Niños y Niñas de Iowa Central (BGCCI) implementara una póliza mejorada de entrada/salida llamada "Pasaje seguro"

Bajo esta poliza:

- Miembros deben de escanear entrada y salida cada día
- Miembros quienes están en el grado de Kindergarten a grado 5 requieren firma del padre/madre, guardián o adulto autorizado en la lista de página de cuatro de la aplicación.
- Todos los miembros inscritos en escuela intermedia o secundaria pueden salir del club sin escolta después de escanear
- Miembros del Club de Burt inscritos en grado 6 a 12 pueden salir sin escolta después de escanear cada noche.
- Ningún miembro sin importar la edad, será permitido regresar al club una vez has salido del local al menos que tengan permiso específica autorización del director de la unidad
- Miembros que salen al final del día sin escanear enfrentarán acciones disciplinarias hasta incluyendo suspensión y expulsión del club.

**Reconozco que he leído y cumplire con las polizas anteriores.**

|       |       |
|-------|-------|
| Firma | Fecha |
|-------|-------|

---

## PERRO DE TERAPIA

Como miembro de los Clubs de Boys & Girls of Central Iowa (BGCCI), su hijo/a tendrá la oportunidad de conocer y interactuar con el futuro perro de terapia de BGCCI, Graycie. Graycie es un gran danés azul de 1 año. En otoño de 2019, será un perro de terapia completamente entrenado y experto.

Además de firmar a continuación, por favor indique (marcando el lugar correspondiente) si su hijo/a es alérgico a perros o otros animales. En el interés de la seguridad de su niño, si su niño es alérgico, no podemos ofrecer la participación en actividades con Graycie.

Mi hijo/a **ES** alérgico a los perros: ☐

Mi hijo/a **NO ES** alérgico a los perros: ☐

\_\_\_ Yo **DOY** permiso a mi hijo/a para participar en todas las actividades con Graycie el perrito

\_\_\_ Yo **NO DOY** permiso a mi hijo/a para participar en todas las actividades con Graycie el perrito

|       |       |
|-------|-------|
| Firma | Fecha |
|-------|-------|



## The Emergency Food Assistance Program (TEFAP) Eligibility

### (Elegibilidad para The Emergency Food Assistance Program (TEFAP))

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Nombre                    | Número de personas en su grupo familiar |
| Dirección física completa |   |

La tabla a continuación muestra las pautas de ingreso bruto elegible (antes de impuestos) por tamaño de la familia. Si el ingreso de su grupo familiar se igual o inferior al nivel que se indica, considerando la cantidad de personas en su grupo familiar, usted es elegible.

Pautas de ingreso del TEFAP en vigencia del 1 de julio de 2020 al 30 de junio de 2021

| Tamaño del grupo familiar | 1      | 2      | 3      | 4      | 5      | 6      | 7      | 8      | Por cada miembro adicional del grupo familiar agregue: |
|---------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--|
| Ingreso anual             | 23,606 | 31,894 | 40,182 | 48,470 | 56,758 | 65,046 | 73,334 | 81,622 | +8,288   |
| Ingreso mensual           | 1,968  | 2,658  | 3,349  | 4,040  | 4,730  | 5,421  | 6,112  | 6,802  | +691   |
| Semanal                   | 454    | 614    | 773    | 933    | 1,092  | 1,251  | 1,411  | 1,570  | +160   |

También es elegible para recibir alimentos del TEFAP si su grupo familiar participa por lo menos en uno de los siguientes programas. Marque la casilla al lado del (los) programa(s) que recibe beneficios:

☐ Asistencia alimenticia (SNAP)

☐ Almuerzo gratis o a precio reducido

**Por favor, lea detenidamente la siguiente declaración. Si está de acuerdo, firme y feche el formulario:**

Certifico que mi ingreso bruto anual por grupo familiar es igual o inferior al indicado en este formulario con el mismo número de personas que mi grupo familiar, O que mi grupo familiar participa en el programa que he verificado en este formulario. También certifico que, al día de hoy, mi grupo familiar vive en Iowa. Este formulario de certificación se completa en relación con la asistencia federal a recibir. Entiendo que una vez que firme este formulario, supone que soy elegible para futuras distribuciones.

Entiendo que es necesario informar al banco de alimentos público si mis ingresos aumentan con respecto a la cantidad de ingreso que figura de mi grupo familiar.

Los funcionarios del programa pueden comprobar la veracidad de lo que he certificado. Entiendo que hacer una declaración falsa podría resultar en tener que devolver al estado el valor de los alimentos que haya recibido de manera impropia y que puede someterme a un proceso de cargos criminales bajo las leyes estatales y federales.

Entiendo que la declaración antidiscriminatoria del Departamento de Agricultura (USDA) se encuentra al reverso de este formulario y que puedo solicitar una copia si así lo deseo.

|       |       |
|-------|-------|
| Firma | Fecha |
|-------|-------|



De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del U.S. Department of Agriculture (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas, y empleados e instituciones que participen en los programas del USDA, o que administren los mismos, tienen estrictamente prohibido discriminar en función de raza, color, país de origen, sexo, discapacidad, edad, o tomar venganza o represalias por alguna actividad anterior de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para recibir la información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas, etc.), deben contactar a la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas o con dificultades del habla pueden contactar al USDA a través del Federal Relay Service; para ello deben llamar al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede entregar en otros idiomas.

Para presentar una queja de discriminación contra el programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en: [https://www.ascr.usda.gov/sites/default/files/Complain\\_combined\\_6\\_8\\_12\\_508\\_0.pdf](https://www.ascr.usda.gov/sites/default/files/Complain_combined_6_8_12_508_0.pdf), y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y provea toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completado o la carta al USDA por:

Correo: U.S. Department of Agriculture,  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights,  
1400 Independence Avenue SW, Washington, DC 20250-9410;

Fax: (202) 690-7442; o

Correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.



## **RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA EMITIR E INTERCAMBIAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL ESTUDIANTE**

Las Escuelas Públicas de Des Moines se asocian con organizaciones para tratar las necesidades y/o para apoyar el éxito de los estudiantes y las familias. Para actuar con eficacia, las Escuelas Públicas de Des Moines y organizaciones necesitan poder intercambiar información.

Las Escuelas Públicas de Des Moines y las organizaciones tienen que tener permiso por escrito del padre/tutor del estudiante para emitir e intercambiar cualquier información del expediente del estudiante u otra información confidencial con respecto a un estudiante en específico.

Este documento da autorización a ambos las Escuelas Públicas de Des Moines y

Boys & Girls Clubs of Central Iowa

---

Nombre de la Organización (de aquí en adelante llamada "organización")

para emitir e intercambiar información acerca de:

---

Nombre del Estudiante, Fecha de Nacimiento, Número de Identificación del Estudiante de DMPS

La información está siendo emitida o intercambiada para:

- Referir al estudiante a la organización para información o servicios
- Asegurar que el estudiante está recibiendo servicios
- Colaborar en un plan para servir al estudiante y su familia
- Evaluar la eficacia del programa o servicio

Esta información puede incluir información de identificación personal del estudiante, información del archivo académico del estudiante, información compartida por el estudiante o su familia de lo contrario considerada confidencial pero que necesita ser compartida para tratar las necesidades y/o apoyar el éxito del estudiante o su familia.

Las Escuelas Públicas de Des Moines y la organización se comprometen a mantener la información intercambiada confidencial y no volver a divulgar la información sin un consentimiento por escrito.

*Al firmar este documento, yo reconozco que he leído y entiendo que estoy autorizando que las Escuelas Públicas de Des Moines y la organización emitan e intercambien información que pueda ser confidencial bajo la ley estatal y federal.*

---

Padre o Guardián (escriba con letra de molde)

---

Fecha

---

Firma de Padre o Guardián