

Los padres / tutores,

Estamos muy contentos de comenzar otra diversión del verano con los socios del club el lunes 7 de junio. Nuestro personal del club tienen numerosos, excursiones planificadas diversión y muchas actividades programadas para mantener a sus hijos ocupados mientras están en el Club. Nuestras cuotas de los miembros por familia para este verano serán como siguen:

- \$ 100 por niño, primer y segundo hijo inscrito
- \$ 75 por niño, tercero y cuarto hijo inscrito
- Gratis para los niños adicionales inscrito
- \$ 200 anticipado de aves, por familia

BGCCI anima a todas las familias que califican para ayuda de cuidado infantil para completar una solicitud. Las familias que califican para ayuda de cuidado infantil tendrán todas las cuotas de los miembros verano renunciado. Si no está seguro si su familia califica, por favor complete el formulario de evaluación de la elegibilidad de la siguiente página de esta solicitud. El Coordinador de membresía será capaz de revisar y determinar su elegibilidad para ayuda de cuidado infantil. Sin embargo, si usted no califica para la ayuda de cuidado infantil y son incapaces de cuotas de pago de verano en su totalidad al momento de la inscripción, BGCCI puede establecer un plan de pago para su familia.

Formulario de Registro de Early Bird

Boys & Girls Clubs of Iowa central ofrece un programa de Early Bird Socios del Club registrados para utilizar durante el verano. El registro para el programa Early Bird permitirá a los miembros de su club a ser dejados entre las 7:30 am y las 10:00 am El costo del programa Early Bird es una tarifa de \$200 por familia. Las familias que están registradas para ayuda de cuidado infantil antes del 8 de junio se tiene la cuota de reserva anticipada \$200 irrenunciable.

Si estás interesado en registrar a los miembros de su club para el programa Early Bird, por favor completar y enviar el formulario a continuación. Sólo tendrá que ser completado una forma por familia. Las familias que no desean participar en el programa Early Bird sólo se les permite dejar los Socios del Club después de las 10:00 am todos los días.

Jefe de hogar Nombre: _____

Niño # 1: _____

Niño # 2: _____

Niño # 3: _____

Niño # 4: _____

Niño # 5: _____

Entiendo que al firmar este formulario, que se me requerirá pagar una cuota de \$200 a participar en el programa Early Bird. Los pagos deben ser pagados en su totalidad en el momento de la inscripción. Si no puedo pagar la cuota anticipada en el momento de la inscripción, voy a trabajar con el director de la unidad para desarrollar una opción de plan de pago para mi familia.

Firma del padre Fecha _____

Formulario de Elegibilidad de Asistencia de Cuidado Infantil

Este formulario es obligatorio para todos los miembros

- ☐ Sí, he sido aprobado para Asistencia de Cuidado Infantil. Mi número de caso es _____. Mi (s) hijo (s) ya han autorizado a Gregory & Suzie Glazer Burt Boys & Girls Club Clubs como nuestro proveedor de cuidado de niños.
- ☐ Sí, he sido aprobado para Asistencia de Cuidado Infantil. Mi número de caso es _____. Me pondré en contacto con la elegibilidad de CCA de DHS (1-866-448-4605) para actualizar a nuestro proveedor de cuidado de niños a los Clubes de Muchachos y Chicas de Gregory & Suzie Glazer Burt Club (Proveedor #50944).
- ☐ No, actualmente no recibo Asistencia de Cuidado de Niños para mi (s) hijo (s). Entiendo que debo completar la información a continuación para determinar si soy elegible para recibir beneficios.

Entiendo que al enviar a mi hijo a Boys & Girls Clubs de Central Iowa (BGCCI) y al firmar este formulario, autorizo a BGCCI a determinar mi elegibilidad para el programa de Asistencia de Cuidado Infantil de Iowa. Si mi familia es elegible, estoy de acuerdo en tomar las medidas necesarias para designar a BGCCI como mi proveedor de cuidado de niños. Si me niego a llenar el formulario abajo y / o tomar las medidas necesarias para ser elegible para el programa de Asistencia de Cuidado Infantil, BGCCI tendrá que cobrarme el precio completo basado en la estructura de tarifas al comienzo de la solicitud.

Firma de Padre(s) _____ Fecha _____ Número de telefono _____

¿Soy Elegible?

Complete la siguiente información si ha marcado la tercera casilla de arriba. **Toda esta información debe ser completa para que la solicitud de membresía de su hijo sea aceptada.** En el caso de que usted sea elegible para Asistencia de Cuidado Infantil, un miembro del personal de Administración de BGCCI se comunicará con usted directamente para ayudar a su familia a completar el proceso de Asistencia de Cuidado de Niños

Nombre de Todos Adultos en Casa

Primer Nombre	Actualmente trabajando (circule una)		Actualmente Inscrito en un Programa de Capacitación o Educación	
	Sí	No	Sí	No
	Sí	No	Sí	No
	Sí	No	Sí	No

Nombre de todos Niños en Casa

Primer Nombre	Edad

Información sobre ingresos mensuales

Ingreso bruto anual total para su hogar (incluya todos los ingresos del hogar) De trabajo (s) \$ _____ O

Padre 1- Número de horas trabajadas por semana _____ Cantidad ganada por hora _____

Padre 2 - Número de horas trabajadas por semana _____ Cantidad ganada por hora _____

Total de los ingresos mensuales adicionales recibidos (por ejemplo, manutención de hijos, seguridad social, desempleo)

\$ _____



Gregory & Suzie Glazer Burt Club
Drake University
2500 Forest Ave.
Des Moines, IA 50311
(515) 271-4560

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: 7:30 a.m. - 6:00 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.

INFORMACION DEL MIEMBRO

Estudiante ID # _____

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
- ☐ Cuidad 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
☐ Asma	☐ Soplo cardiaco	☐ Dolores de cabeza frecuentes	☐ Problemas estomacales	☐ Diabetes	☐ Huesos rotos
☐ Vía aérea retractarse	☐ Cirugía de corazón	☐ Mareo ☐ Desmayo	☐ Problemas intestinales	☐ Tiroides	☐ Aparatos ortopédicos
☐ Otros problemas	☐ Otros problemas	☐ Convulsiones ☐ ADHD/ADD	☐ Dieta especial	☐ Riñones	☐ 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 7th – agosto 13th)

- 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 515-271-4560.

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, 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

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