



USO EXCLUSIVO DE FLC

Fecha y hora en que la solicitud fue entregada junto con TODOS los documentos requeridos:

Fecha: _____
Hora: _____

FRIDAY NIGHT LIFE STUDENT APPLICATION

PLACE/LUGAR Family Life Center at Ekklesia
ADDRESS/DIRECCION 7205 SW 125 Avenue, Miami Fl 33185
TELEPHONE/TELEFONO 305-273-0028 ext. 104

CHILD INFORMATION/INFORMACION SOBRE EL NINO

NAME/NOMBRE *: _____
Last/APELLIDO First/PRIMER MI/INICIAL Nickname

ADDRESS/DIRECCION _____
Street/Calle City/Ciudad State/FL Zip*

HOME PHONE/TELEFONO DE LA CASA _____
Email: _____

SOCIAL SECURITY NO. *: _____ and/or **MDCPS STUDENT ID/NUMERO DE ESTUDIANTE*:** _____

DATE OF BIRTH/FECHA DE NACIMIENTO _____
GENDER*: Male/Hombre Female/Mujer

CHILD'S RACE/RAZA
 Asian/Asiatico Black/African-American/Negro White/Blanco Other/Otro, specify/especifique _____

CHILD'S PRIMARY HOME LANGUAGE/IDIOMA QUE SE HABLA EN CASA
 English/Ingles Spanish/Espanol Haitian – Creole/Creole Other/Otro _____

CURRENT SCHOOL/ESCUELA: _____ **GRADE LEVEL/CURSO:** _____

DOES THE CHILD HAVE ANY DOCUMENTED DISABILITIES? NIÑO/A CON ALGUNA INHABILIDAD?
 YES/ SI NO (based on school or doctor evaluation)

If YES, check the appropriate boxes, Si es SI, marque la apropiada

LEARNING DISABILITY/APRENDIZAJE (specify/cual _____) PHYSICAL DISABILITY/FISICA (specify/cual _____)
 EMOTIONAL DISABILITY/EMOCIONAL (specify/cual _____) SENSORY DISABILITY/SENSORAL (specify/cual _____)
 PROFOUNDLY DISABLED/INCAPACIDAD PROFUNDA (specify/cual _____)

FATHER/MOTHER/LEGAL GUARDIAN INFORMATION INFORMACION DEL PADRE/MADRE/GUARDIAN

NAME/NOMBRE _____
Last Name /Apellido First Name/Primer Initial/Inicial
ADDRESS/DIRECCION _____
Street/Calle City/Ciudad State/Estado Zip Code
TELEPHONE/TELEFONO _____
Email/Correo Electronico

DATE OF BIRTH/FECHA DE NACIMIENTO _____ **GENDER/GENERO** M ___ F ___

RELATIONSHIP TO THE CHILD/RELACION AL NINO(A)
___ FATHER/PADRE ___ MOTHER/MADRE ___ GRANDPARENT/ABUELO(A) ___ STEP PARENT/PADRASTRO/MADRASTRA

FAMILY STATUS/ESTADO CIVIL: Married/Casado Not Married/No Casado Divorced/Divorciado Guardianship/Foster Care

ESTIMATED MONTHLY INCOME FOR FAMILY:

INGRESO MENSUAL FAMILIAR

\$ _____

ELEGIBLE FOR TANF/ELEGIBLE PARA TANF

YES/SI _____ NO _____

DO YOU HAVE MEDICAID/ TIENE MEDICAID?

YES/SI _____ NO _____

CHILD'S MEDICAL INFORMATION: I understand that every effort will be made to reach me for instructions if my child should become ill or injured while on the site or on a field trip. If, in the judgment of the staff or a medical professional, delay in reaching me might jeopardize the child's well-being, I hereby authorize the staff or medical professional to secure whatever medical treatment is deemed necessary, including the administration of anesthetics and surgery. EXCEPT AS NOTED BELOW, this child is in good health, has no allergies and no chronic conditions which would affect treatment, and takes no medication routinely. His/her immunizations are current.

INFORMACIÓN MÉDICA DEL NIÑO: Entiendo que se harán todos los esfuerzos para localizarme para instrucciones si mi niño se enferma o se lesiona mientras se encuentra en el campamento o en una salida de campo. Si, a juicio del personal o de un profesional médico, el retraso en contactarme comprometa el bienestar del niño, autorizo por este medio al personal o a profesional médico, a asegurar cualquier tratamiento médico que se juzgue necesario, incluyendo la administración de anestésicos y cirugía. EXCEPTO SEGÚN LO ANOTADO ABAJO, este niño está en buena salud, no tiene ninguna alergia y ninguna condición crónica que afectaría tratamiento, y no toma ningún medicamento rutinariamente. Sus vacunas están actualizadas.

Child's Name Nombre del Niño(a)	Food Allergies Alergias Comida	Drug Allergies Alergias/Medicinas	Other Serious Allergies/Otras Alergias	Chronic Conditions Condicion Cronica

MEDICAL INFORMATION

INSURANCE INFORMATION (if family has insurance coverage) INFORMACIÓN de SEGURO (si la familia tiene cobertura de seguro)

CARRIER/PORTADOR

POLICY/PÓLIZA

Insurance Company/ Compañía De Seguros

Policy #/ No. de Póliza

DOCTORS NAME/ NOMBRE DEL DOCTOR

PHONE/ TELÉFONO

EMERGENCY INFORMATION/INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Phone numbers where I can be reached during the day/ Números de teléfono donde puedo ser localizado durante el día

If I cannot be reached, please try to contact my designated alternate(s): Si no puedo ser localizado, intenten por favor entrar en contacto con mis suplentes señalados:

1. _____
Name/Nombre

Phone Number/Numero

2. _____
Name/Nombre

Phone Number/Numero

Non-Discrimination Policy:

Children in High School who live within District 10 will be accepted regardless of race, creed, immigration status, health, religion, disability, ethnicity or ability to pay for services. Children without documented legal status, or whose parents are without documented legal status will not be discriminated against for selection in these programs. As with the Miami-Dade County Public School system, all children are welcome. Children with physical, emotional or behavioral disabilities may find after-school programs specially designed to meet their needs through other programs funded by other providers; every effort will be made to find the most suitable placement for each child.

Parental Consent: By signing the application below, I agree and certify the following:

- 1) **I acknowledge** that the application information and medical information I have provided above is true and complete to the best of my knowledge and ability.
- 2) **I understand** that participation by my children in the Program sponsored by Family Life Center and its partners and funded by the Miami-Dade County involves physical education, organized sports, meals, and off-site field trips. As these activities may carry some degree of risk to my child's physical and emotional health, I hereby release, hold harmless and waive all claims associated with out-of-school program activities from Family Life Center, Miami Dade County, the program site and all employees, officers, directors, agents, and volunteers associated with the out-of-school program.
- 3) **I agree** to make every effort to insure that my child participates in the program unless he/she is too ill to attend.
- 4) **I understand** that some of the program sites are being held on the premises of religious institutions for the primary purpose of providing academic enrichment and a safe environment during out-of-school time. In some cases, religious instruction may be offered as an option to the children on the premises, but only with written parental permission. Unless express written permission has been given for my child to participate in religious instruction, an optional non-religious activity will be conducted. No Miami-Dade County funds will be used for teacher stipends, books, curriculum or other expenses related to religious instruction.
- 5) **By signing this form**, I am giving my written permission for release of the confidential information on this registration form and any information provided during my evaluation for services by Family Life Center to Miami Dade County for monitoring and evaluation purposes. This authorization shall remain in effect unless withdrawn in writing.
- 6) **Confidentiality Statement:** The purpose of this statement of understanding is to emphasize that access to all confidential information regarding a client is limited and governed by federal and state laws. Information, which is confidential, includes the client's name, social security number, address, medical, social and financial data and services received. Data collection by interview, observation or review of documents must be in setting that protects client's privacy. Information discussed by staff must be held in strict confidence, must be limited to information related to the provision of services to the client and must not be discussed outside the premises.

Política De No-Discriminación:

Niños en escuela superior que viven dentro del Distrito 10 serán aceptados en el programa Friday Night Life sin importar la raza, el credo, el estado migratorio, la salud, la religión, discapacidad física, pertenencia étnica o la capacidad de pagar por los servicios. Niños sin documentos legales, o cuyos padres estén sin estado legal documentado, no serán discriminados para la selección en este programa. Como con el sistema escolar público del condado de Miami-Dade, todos los niños son bienvenidos. Los niños con inhabilidades físicas, emocionales o del comportamiento pueden encontrar programas o diseñados especialmente para llenar sus necesidades a través de otros programas financiados por otras entidades; serán hechos todos los esfuerzos para encontrar la ubicación más conveniente para cada niño. La información de la aplicación y la información médica que he proporcionado arriba son verdaderas y completas hasta donde conozco. **Consentimiento Paterno:** Firmando esta aplicación abajo, convengo y certifico lo siguiente

- 1) **Reconozco** que la información de la aplicación, y la información médica que he proporcionado arriba son verdaderas y completas hasta donde conozco y estoy capacitado.
- 2) **Entiendo** que la participación de mis niños en el programa de Family Life Center y sus socios y financiado por Miami-Dade County implica comidas, y posibles excursiones a sitios fuera del lugar de la oficina. Como estas actividades pueden traer un cierto grado de riesgo a la salud física y emocional del niño, yo libero, considero inofensivo y renuncio por este medio a todas las demandas asociadas a actividades del programa, a Miami-Dade County, el sitio del programa y todos los empleados, oficiales, directores, agentes, y voluntarios asociados al programa.
- 3) **Estoy de acuerdo** en hacer todo el esfuerzo para asegurar que mi niño participe en el programa semanalmente, a menos que el /ella esté demasiado enfermo para atender.
- 4) **Entiendo** que los sitios del programa se están realizando en las premisas de instituciones religiosas para el propósito primario de proporcionar el enriquecimiento artístico y un ambiente seguro durante tiempo extraescolar. En algunos casos, la instrucción religiosa se puede ofrecer como opción a los niños en las premisas, pero solamente con el permiso paterno escrito. A menos que el permiso escrito expreso se haya dado para que mi niño participe en la instrucción religiosa, una actividad no-religiosa opcional será conducida. Los fondos fiduciarios de Miami-Dade County no serán utilizados para los estipendios del profesor, los libros, el plan de estudios u otros costos relacionados con la instrucción religiosa.
- 5) **Con mi firma** le estoy otorgando permiso por escrito para publicar información confidencial en este formulario de registración y otra información dada durante mi evaluación para recibir servicios por parte de Family Life Center para Miami-Dade County con el propósito de evaluar y monitorear este programa. Esta autorización estará en efecto hasta cuando yo la retire por escrito.
- 6) **Declaración de Confidencialidad:** La razón por esta declaración es para enfatizar que el acceso a información confidencial sobre el cliente es limitada y gobernada por leyes estatales y federales. Información, que es confidencial, incluye el nombre, numero de seguro social, dirección, datos médicos, sociales y financieros, y servicios recibidos por el cliente. Colección de datos por entrevista, observación o reviso de documentos tiene que ser en un ambiente que proteja la privacidad del cliente. Información discutida entre empleados tiene que ser en estricta confidencia, limitado a información relacionada a la provisión de servicios al cliente, y no debe ser mencionado fuera del establecimiento.

Parent / Guardian Signature
Firma del Padre/Madre/Guardian

Date
Fecha