

Family Life Center -- Programa de Verano y de Después de Escuela

Prioridad se le dará a las siguientes familias:

1. Familias que se comprometen a tener a sus hijos (**entre los 8 – 14 años de edad**) en el programa durante todo el año. Es decir durante el verano (ocho semanas) y durante el año escolar después de escuela (3pm – 6pm)
2. Familias de bajos recursos
3. Familias que se comprometen a participar de una charla informativa antes de comenzar el programa de verano
4. Familias que se comprometen a traer a sus hijos al programa todos los días reconociendo que hay una lista de espera
5. Familias que traigan el formulario **completamente lleno junto con los documentos necesarios**. Solicitudes serán aceptadas en el orden que son recibidas. Una solicitud es considerada completa cuando todos los documentos y solicitud están llenos en su totalidad. **NOTA:** entregar la solicitud no guarda el espacio para su hijo(a) al menos que todo este completo.

PROGRAMA DE DESPUES DE ESCUELA:

- ✓ Tiene el mismo horario que las escuelas publicas incluyendo los días de vacaciones y festivos
- ✓ El horario es de 3pm – 7pm
- ✓ Su hijo recibirá una merienda
- ✓ Durante la tarde su hijo recibirá ayuda con las tareas, clases de música, danza, fútbol y manualidades
- ✓ Sus hijos estarán supervisados por profesionales de alta calidad incluyendo a un maestro certificado.
- ✓ Los empleados y voluntarios del programa han pasado por un proceso de selección incluyendo un estudio de posibles antecedentes criminales.

Lista de Documentos que debe adjuntar con la solicitud:

- Copia del ultimo reporte de calificaciones de su hijo(a)
- Copia de las vacunas (este puede ser solicitado de la escuela)
- Copia de Certificado de Nacimiento o Foto del Pasaporte de su hijo(a)
- Copia de identificación del padre con foto (pasaporte, licencia, etc.)
- Declaración de impuestos del 2006 y tres últimos talonarios de pago de salario
- Carta comprobando ayuda del gobierno si la tiene
- Indique si su hijo(a) tiene alergias a comida/medicamentos, etc.
- No se le olvide firmar la solicitud
- Poner la solicitud y documentos en un solo sobre claramente marcado AFTER SCHOOL

DONDE ENTREGAR LA SOLICITUD Y DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Recepcion de Ekklesia Miami: 7205 SW 125 Avenue. Si la recepcionista no se encuentra y es durante horas de oficina, suba al 2ndo piso y deje el sobre en el casillero de Esperanza Martinez hubicado en la oficina principal de la iglesia.

**Estatus migratorio no es un requisito para participar en el programa.*

Para más información llamar al 305-273-0028 ext. 104.

Los formularios están disponibles en la recepción de la iglesia durante la semana y el fin de semana en el centro de información después de cada servicio.

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

Fecha: _____

Hora: _____

FAMILY LIFE CENTER
PROGRAMA DE VERANO Y DESPUES DE CLASES
APLICACION PARA PARTICIPANTES

LUGAR Ekklesia Kendall
DIRECCION 7205 SW 125 Avenue, Miami Fl 33185
TELEFONO 305-273-0028 ext. 104

INFORMACION DEL NIÑO/NIÑA

NOMBRE _____
Apellido Primer Nombre Inicial Apodo
DIRECCION _____
Calle Ciudad Estado Código Postal
TELEFONO: _____ Dirección electrónica _____
SEGURO SOCIAL _____ (no requerido, pero solicitado con el propósito de mantenimiento de registros)
FECHA DE NACIMIENTO _____ GENERO M ___ F ___
RAZA _____ LENGUAJE HABLADO EN EL HOGAR _____
ESCUELA ACTUAL _____ GRADO CURSADO ACTUALMENTE _____
NUMERO DE IDENTIDAD MDCPS _____

NIÑO/A CON ALGUNA INHABILIDAD? SI _____ NO _____

SI APLICA POR FAVOR SEÑALE:

INHABILIDAD DE APRENDIZAJE _____

INHABILIDAD EMOCIONAL O DE COMPORTAMIENTO _____

INHABILIDAD SENSORIAL _____

INHABILIDAD FISICA _____

INHABILIDAD PROFUNDA _____

INGRESO FAMILIAR \$ _____ POR (MES) _____ (AÑO) _____

ELEGIBLE PARA TANF SI _____ NO _____

TIENE MEDICAID? SI _____ NO _____

FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO?(i.e. CDS) SI _____ NO _____

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.

Nombre del Niño	Alergias a alimentos	Alergias a drogas	Otras alergias serias	Condiciones crónicas

INFORMACIÓN FAMILIAR:

NOMBRE DEL PADRE/GUARDIÁN _____

Apellido

Nombre

DIRECCIÓN: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

TELÉFONO CASA: _____ TELÉFONO TRABAJO: _____

CELULAR _____ DIRECCIÓN ELECTRÓNICA _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____ *(no requerido, pero solicitado con el propósito de mantenimiento de registros)*

INFORMACIÓN de SEGURO (si la familia tiene cobertura de seguro)

PORTADOR: _____ PÓLIZA : _____

Compañía De Seguros

No. de Póliza

NOMBRE DEL DOCTOR: _____ TELÉFONO: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Números de teléfono donde puedo ser localizado durante el día: _____

Si no puedo ser localizado, intenten por favor entrar en contacto con mis suplentes señalados:

1. _____
Nombre Número de teléfono

2. _____
Nombre Número de teléfono

Política De No-Discriminación:

Niños entre las edades de 5 a 14 Años serán aceptados en el programa después De Clases 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 el Children's Trust; 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 patrocinado por FCFC y sus socios y financiado por Children's Trust de Miami-Dade implica educación física, deportes organizados, comidas, y excursiones a sitios fuera del lugar del campamento. 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 del verano de FCFC, a Children's Trust, 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 diariamente, a menos que el /ella esté demasiado enfermo para atender.

4) **Convengo** con todos los estándares del programa. Estoy enterado de los honorarios (\$10.00/1 hora, \$5.00/30 minutos) cargados por la tardanza del padre, y confirmo que el horario regular del programa es a partir de las 2:00 PM hasta las 6:00 PM. desde septiembre 20, 2004 hasta junio 1, 2005. Un calendario con el horario se anexa a esta aplicación.

4) **Entiendo** que los sitios del programa se están realizando en las premisas de instituciones religiosas para el propósito primario de proporcionar el enriquecimiento académico 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 Children's Trust no serán utilizados para los estipendios del profesor, los libros, el plan de estudios u otros costos relacionados con la instrucción religiosa.

Firma del Padre / Guardián

Fecha

-YES- PROGRAMA DESPUES DE CLASES (After School Program) Formulario para Solicitud de Beca

Cualquier familia en el Condado de Miami-Dade que es elegible para servicios a través de La Ayuda Temporal para Familias en Necesidad (TANF) (así reciba estas ventajas o no) será elegible para el Programa sin ningún costo para sus niños entre los 5 y los 14 años inscritos en el programa. Algunas familias pueden no ser elegibles para un subsidio completo para el programa, pero podrán pagar un valor en una escala descendente, determinado por los ingresos de la familia.

NOTA:

Determinación de la elegibilidad para el Programa de forma gratuita: Su aplicación no podrá ser procesada hasta que TODOS los componentes del paquete de la misma estén completos. **No excepciones.**

LISTA DE COMPROBACION:

- VACUNAS Y EXAMEN MEDICO
- CERIFICADO DE NACIMIENTO del niño/a
- TARJETA DEL SEGURO SOCIAL del niño/a
- ID CON FOTOGRAFIA DEL PADRE
- AUTORIZACION PARA TOMAR FOTOGRAFIA
- AUTORIZACION PARA ADMINISTRAR MEDICINAS

Traiga copia de cualesquiera DOS de los siguientes documentos para probar elegibilidad de TANF:

- Formulario W-2 por año 2004 completo
- Declaración de Impuesto año 2004
- Comprobante de Cuidado de Niños
- Carta del DCF comprobando ayuda del gobierno
- Número de caso de Programa de Estampillas
- Tres últimos talonarios de pago de salario

Elegibilidad para los servicios financiados por TANF

200 Por ciento del nivel Federal de pobreza		
Tamaño de la familia	Ingreso anual	Ingreso mensual
2	\$24,240	\$2,020
3	\$30,520	\$2,543
4	\$36,800	\$3,067
5	\$43,080	\$3,590
6	\$49,360	\$4,113
7	\$55,640	\$4,637
8	\$61,920	\$5,160

Por cada persona mayor de 8 años agregue \$6,280 al ingreso anual (\$523 mensual).

Escala descendente del costo para familias con ingresos moderados:

Escala descendente para familia de cuatro personas	Ingresos Entre \$3,067 y \$3,620	Ingresos Entre \$3,621 y \$5,278	Ingresos Entro \$5,279 y \$7,555	Ingresos Mayores de \$7,556
Un niño – Costo por semana	\$ 40	\$ 50	\$ 100	\$ 166
Dos niños + Agregue por semana	\$ 15	\$ 25	\$ 75	\$ 100
Tres niños + Agregue por semana	\$ 5	\$ 15	\$ 50	\$ 75
Cuatro niños + Agregue por semana	\$ -	\$ 10	\$ 25	\$ 50
Mas de cuatro niños, no costo extra				