

## Lista de verificación de School Age registro

Asegúrese de traer esta lista de verificación cuando se registre. Asegúrese de tener todo lo siguiente cuando ingrese para registrar a su hijo / hijos. No podemos aceptar ninguna documentación a menos que esté completa al 100% con todos los documentos firmados y la documentación completa. **Todos los saldos deben estar a \$ 0 antes de que se pueda aceptar el registro.** Estaremos aceptando la inscripción de lunes a viernes de 1:00 pm a 5:00 pm a partir del 1 de marzo de 2022.

## Paquete de Verano

### Todos los programas y servicios

*(Esto incluye familias de programación pagada de semana completa, familias receptoras de ccdf y familias receptoras de OMWPK)*

- \_\_\_\_\_ Paquete de registro con firmas apropiadas
- \_\_\_\_\_ Cuota de registracion de \$40 (CCDF \$0 cuota de registracion)
- \_\_\_\_\_ Pago de la primera semana
- \_\_\_\_\_ Registros de vacunacion actualizados
- \_\_\_\_\_ Fiscal dentro los 30 dias posteriors a la admission y firmado por el medico
- \_\_\_\_\_ Certificado de Nacimiento (si no esta en el archive ya)
- \_\_\_\_\_ Carta de aprbacion de CCDF (sirecibe comprobante)

### \_\_\_\_\_ **Todos los documentos recibidos y completados**

<b><u>Office Use Only:</u></b>	<b><u>Date</u></b>	<b><u>Initials</u></b>
Contract:	_____	_____
Pin Code Letter:	_____	_____
Updated Info in Procure:	_____	_____
Tuition Updated:	_____	_____
<b>Staff Signature:</b> _____	<b>Date:</b> _____	





## LA EDAD NO ESCOLAR DE HAWTHORNE ACUERDO DE ADMISION

Iniciales del padre

- \_\_\_\_\_ 1. He tenido una buena explicación de las pólizas siguientes y he recibido una copia del Manual para el padre que contiene estas pólizas. Entiendo que para que mi niño se inscriba y asista a Hawthorne Comunidad Centra debo estar de acuerdo en seguir las pólizas del Centro. Yo entiendo que si dejo de seguir las pólizas, el cuidado del niño puede ser terminada. Yo entiendo que el Centro Comunitario Hawthorne hace sus pólizas y procedimientos basados en la complacencia a regulaciones de la autorización estatales. Entiendo que a veces puede ser necesario hacer un adendum al manual y debo leer y firmar que estoy de acuerdo en seguir cualquier política nueva.
- \_\_\_\_\_ 2. Entiendo que el centro está abierto de 6:30 de la mañana – 6:00 de la tarde de Lunes a Viernes a excepción de las fechas de cierre en el Manual de Programas Juveniles y publicado en la tablero de información.
- \_\_\_\_\_ 3. Entiendo que mi niño sólo podrá irse del Centro con esas personas que he nombrado en la forma de "Emergencia & Descargo del Participante."
- \_\_\_\_\_ 4. Entiendo los pagos y pólizas de la matricula de el Centro Comunitario Hawthorne
- \_\_\_\_\_ 5. Entiendo la Póliza de la Disciplina y Procedimientos del Manejo de la Conducta como es presentada y entiendo las conductas que no serán dejadas por mi niño.
- \_\_\_\_\_ 6. Entiendo que los siguientes elementos que se presentan en el Manual para Padres:
  - Programas y Actividades Para Jovenes
  - Involucramiento de los Padres
  - Salud, Nutrición y Seguridad
  - Horario y Rutina del Centro
  - Inscripción y Tarifas
  - Políticas Generales y Información
  - Disciplina
  - Información de Contacto Sobre la Primera Infancia
  - Información de Contacto Sobre la Edad Escolar
- \_\_\_\_\_ 7. Entiendo que expulsaran a mi niño por fracaso a cumplir con cualquier de las pólizas y procedimientos lista en el Manual del Padre.
- \_\_\_\_\_ 8. Doy mi permiso para que Hawthorne para informar el nombre y fecha de nacimiento de mi hijo a la División de Servicios para Familias y Niños de conformidad con IC12-17.2-2-1.5
- \_\_\_\_\_ 9. Entiendo que mi hijo tendrá la oportunidad de acceder a la tecnología y las actividades en línea a través de Internet. Entiendo que esto es un privilegio que puede ser quitado si mi hijo no se adhiere a la de Uso Aceptable de Tecnología formulario de consentimiento incluida en el paquete de inscripción.
- \_\_\_\_\_ 10. Doy permiso para ponerse en contacto conmigo a través de mensajes de texto y correo electrónico con información importante como el cierre de centros de Hawthorne. Entiendo que se pueden aplicar tarifas de mensajes y de datos estándar.

\_\_\_\_\_  
Padre/ Firma Guardiana

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hawthorne Firma de la Succión

\_\_\_\_\_  
Fecha

HAWTHORNE COMMUNITY CENTER  
2440 W. OHIO ST,  
INDIANAPOLIS, IN 46222

PHONE (317)637-4312  
FAX (317)637-8216

Tonya Ayris, Director of Youth Programs



United Way  
of Central Indiana



**HAWTHORNE NO ESCOLAR FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN NIÑO EN EDAD 2022/2023**  
(POR FAVOR USE LETRA DE IMPRENTA)

Este registro representa una solicitud de admisión. Debe ir acompañada de una cuota de inscripción de \$40 y una tarifa de las primeras semanas, que será devuelta sólo si el Centro está en condiciones de aceptar el registro. El registro no es vinculante. Un lugar estará reservado para el participante cuando el contrato debidamente firmado, se devuelve al Centro.

**NOMBRE DE LOS PARTICIPANTE:** \_\_\_\_\_

**NOMBRES DE LOS PADRES/GUARDIANES**

PADRE \_\_\_\_\_

MADRE \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

FECH DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

FECH DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_

TELEFONO DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_

TELEFONO DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_

TELÉFONO CELULAR \_\_\_\_\_

TELÉFONO CELULAR \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

**ACUERDO DE BECAS DEL CENTRO COMUNITARIO DE HAWTHORNE**

Yo, \_\_\_\_\_, (escriba el nombre del padre / tutor) el padre de \_\_\_\_\_ (escriba el nombre del niño) entiendo que Hawthorne Community Center ha ofrecido a mi hijo una beca para atender al programa.

Mi firma a continuación indica mi comprensión y aceptación de las siguientes condiciones que deben cumplirse para que la cuenta de mi familia permanezca en buen estado y mantenga la elegibilidad para la beca.

- La tarifa de mercado para el grupo de edad de mi hijo es de \$102 por semana
- El pago se debe realizar a más tardar el viernes de la semana anterior a la asistencia, al cierre del negocio.
- Todos los pagos deben hacerse a tiempo y en su totalidad
- Los cheques devueltos generarán una tarifa de \$36 y ya no se aceptarán cheques personales.
- La disponibilidad de becas depende del espacio y la demanda.
- Hawthorne Community Center se reserva el derecho de aumentar la matrícula en cualquier momento. Hawthorne Community Center proporcionará la mayor anticipación posible
- Un acuerdo de beca firmado debe estar en el archivo de mi hijo
- El incumplimiento de cualquiera de las condiciones mencionadas anteriormente puede resultar en la pérdida de la elegibilidad para la beca

He revisado y acepto los términos y condiciones enumerados anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Padre/ Firma Guardiana

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hawthorne Firma de la Succión

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **FORMA DE EMERGENCIA Y DESCARGO DEL PARTICIPANTE**

EL NOMBRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_

PERSONA/S CON CUSTODIA LEGAL DE NIÑO/S:

Entiendo que al enumerar los siguientes nombres y números de teléfono, doy permiso al Hawthorne Community Center para liberar a los participantes mencionados anteriormente a estas personas. Entiendo que los participantes no serán entregados a nadie que no esté en esta lista a menos que el padre / tutor se haya comunicado por teléfono con el Gerente de edad escolar o Director de Programas Juveniles. Entiendo que quien sea que traiga o recoja a mi hijo, debe asegurarse de que el miembro del personal apropiado esté al tanto de su llegada o salida, firme para la liberación del niño y presente una identificación a pedido. Los niños no serán entregados a nadie, incluidos los padres, que parecen estar bajo la influencia de drogas o alcohol. Se llamarán contactos de emergencia para transportar al niño a casa.

MADRE o GUARDIAN:

PADRE o GUARDIAN:

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

OTRO CONTACTO DE EMERGENCIA QUE PUEDA RECOGER A SUS HIJOS APARTE DE LOS PADRES:

- |    |                   |           |          |
|----|-------------------|-----------|----------|
| 1. | _____             | _____     | _____    |
|    | NOMBRE / RELACIÓN | DIRECCION | TELEFONO |
| 2. | _____             | _____     | _____    |
|    | NOMBRE / RELACIÓN | DIRECCION | TELEFONO |
| 3. | _____             | _____     | _____    |
|    | NOMBRE / RELACIÓN | DIRECCION | TELEFONO |

\* Si necesita agregar más contactos de emergencia y recoger, solicite al miembro del personal una hoja adicional.

**Si hay una persona prohibida por orden judicial, tener contacto con su hijo, sus nombres deben figurar a continuación y debemos tener la orden en el archivo.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

He leído y entiendo la información requerida en este formulario. Entiendo que es mi responsabilidad mantener actualizada la información en este formulario y que mi hijo puede ser dado de alta si no lo hago.

\_\_\_\_\_  
Padre/ Firma Guardianiana

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hawthorne Firma de la Succión

\_\_\_\_\_  
Fecha

## INFORMACIÓN DE EMERGENCIAS MÉDICAS

Por la presente, se otorga permiso al Centro y a su personal para obtener tratamiento médico para el participante en caso de lesión o accidente o de otro modo por un médico, hospital o clínica elegidos por el Centro, a expensas del abajo firmante. Este acuerdo y los derechos y deberes a continuación pueden ser asignados o delegados, en todo o en parte, por cualquiera de las partes del presente. Además, otorgo a la instalación y a su personal, para brindarle a mi hijo atención médica que salva vidas, como RCP y primeros auxilios. También estoy de acuerdo en reanudar la responsabilidad financiera por cualquier tratamiento médico que mi hijo necesite.

El nombre del niño: \_\_\_\_\_

Alergias conocidas: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Condiciones médicas: \_\_\_\_\_

Si la emergencia es crítica, enviaremos a su hijo al **Hospital de Niños Riley 705 Riley Hospital Drive, Indianápolis, IN 46202 Phone (317)944-5000.**

Hospital preferido: \_\_\_\_\_  
   NOMBRE    Número de teléfono    DIRECCIÓN

Nombre del médico: \_\_\_\_\_  
   NOMBRE    Número de teléfono    DIRECCIÓN

Nombre del dentista: \_\_\_\_\_  
   NOMBRE    Número de teléfono    DIRECCIÓN

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_    Póliza# \_\_\_\_\_

Niña(o) MRN#: \_\_\_\_\_

¿Su hijo recibe servicios de salud mental? SI or NO

En caso afirmativo, ¿quién es el proveedor de salud mental del niño?: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR LISTE CUALQUIER INFORMACIÓN SOBRE EL DESARROLLO SOCIAL, EMOCIONAL Y FÍSICO DE SU HIJO:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

He leído y entiendo la información requerida en este formulario. Entiendo que es mi responsabilidad mantener actualizada la información en este formulario y que mi hijo puede ser dado de alta si no lo hago.

\_\_\_\_\_  
 Nombre impreso del padre / tutor

\_\_\_\_\_  
 Padre/ Firma Guardiana

\_\_\_\_\_  
 Fecha

## Uso Aceptable de Tecnología Formulario de Consentimiento

Nos complace ofrecer a nuestros jóvenes el acceso a las computadoras, la red y la tecnología del Centro para los propósitos educativos. Se aconseja a los padres de familia y los jóvenes que algunos materiales accesibles en el Internet pueden contener artículos que son ilegales, difamatorios, inexactos, o potencialmente ofensivo para algunas personas. El Centro no puede garantizar que el software de filtrado será en todos los casos con éxito bloquear el acceso a todos los materiales inapropiados.

**Para tener acceso a la Internet, cualquier armario o de almacenamiento en red de cuentas en línea digitales, correo electrónico y cualquier otra tecnología electrónica Center, todos los jóvenes y los padres / tutores deben firmar este formulario.**

Acceso a la tecnología Center es un privilegio, no un derecho. Red electrónica del Centro es parte del plan de estudios y no es un foro público para uso general. Por favor, lea atentamente la política de uso aceptable de la tecnología. Violaciones pueden resultar en acción disciplinaria. Violaciones pueden incluir pero no están limitados a:

- **Enviar o mostrar imágenes ofensivas o gráficos.**
- **El uso de lenguaje obsceno.**
- **Acosar, insultar, amenazar o abusar de otros usuarios de la red.**
- **Violar las leyes de derechos de autor.**
- **El uso de la cuenta de otro usuario y contraseña.**
- **Dañar las computadoras, archivos personales o de red.**
- **Prohibido el paso en los archivos privados de otro usuario.**
- **El intento de eludir la seguridad de red.**

A menos que se lo indique el personal del centro, los jóvenes no deberán revelar, usar o divulgar información de identificación personal sobre ellos mismos u otros en la utilización de correo electrónico, chats, u otras formas de comunicación electrónica directa. Asimismo se advierte a los jóvenes a no divulgar dicha información por otros medios a las personas contactadas a través de Internet sin el permiso de sus padres / tutores. La información personal incluye el nombre de la juventud, dirección, número telefónico, número de Seguro Social u otra información de identificación individual

Al firmar este acuerdo, yo / nosotros estamos significando que yo / nosotros de acuerdo en acatar los términos de la Política de Uso Aceptable. Yo / nosotros entendemos que las redes de computadoras / ordenadores deben ser utilizados únicamente para los propósitos educativos y que no hay ninguna expectativa de privacidad con respecto a la utilización de la misma.

### Revisión de jóvenes y padres

Entiendo que el uso de la computadora de mi hijo, el uso de otras tecnologías mientras está en el Centro o conectado a sus servidores, y cualquier sistema electrónico de comunicación y almacenamiento (incluidas las carpetas de correo electrónico y de estudiantes, casilleros digitales y sitios web de clase / estudiante) no son privados y que el Centro tiene el derecho de monitorear mi actividad.

He leído la política de uso aceptable de la tecnología y estoy de acuerdo con estas reglas. Entiendo que la violación de la política puede resultar en acción disciplinaria, incluyendo la pérdida de privilegios de la tecnología, la suspensión o expulsión, o la acción legal.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Padre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Consentimiento de padre

He leído la política de uso aceptable de Tecnología del Centro. En consideración por el privilegio de mi hijo usando el sistema de comunicaciones electrónicas del Distrito , y en consideración para tener acceso a las redes públicas , yo libero Hawthorne Centro Comunitario de sus operadores , empleados o agentes y cualquier institución con la que están afiliados de cualquier y todos los reclamos y daños que surjan del uso de mi hijo , o la imposibilidad de usar el sistema, incluyendo , sin limitación, el tipo de daño identificado en la política de uso aceptable de la tecnología y la regulación administrativa del Centro.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Padre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

## VIAJE DE CAMPO Y FORMULARIO DE PERMISO DE EXENCIÓN DE TRANSPORTE

Por la presente doy permiso para que mi hijo asista a excursiones y otras excursiones que se ofrecen como parte de este programa. Entiendo que los niños serán transportados en un vehículo motorizado y estoy de acuerdo en mantener indemne al Hawthorne Community Center, su junta, empleados y otros voluntarios, de toda responsabilidad, reclamos, demandas, demandas, costos de juicio, intereses y gastos (incluyendo honorarios y costos de abogados) derivados de tales actividades, incluido cualquier accidente o lesión del estudiante y el costo de los servicios médicos. . El personal de edad escolar acompañara a su hijo a las siguientes areas: gimnasio, escenario, areas communes de aprendizaje, sala de arte, sala de pacer, sala de refrigerios y sala comunitaria de sus instaaciones para actiidades especiales destinadas a mejorar las calidad de us priogramacion diaria. Elpersonal de Hawthorne Tambien acomoanara a su hijo al patio de recreo durante el tiempo al aire libre. Al completar el formulario a continuación, está otorgando permiso para que su hijo participe en estas actividades fuera de su salón de clases.

El nombre del niño: \_\_\_\_\_  
nombre del niño Apellido del niño

En caso de emergencia, me pueden contactar en \_\_\_\_\_ durante las horas de la excursión.  
(Número de teléfono)

Nombre impreso del padre / tutor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Padre/ Firma Guardiana Fecha

\_\_\_\_\_  
 Hawthorne Firma de la Succión Fecha

## LIBERACIÓN DE FOTOS / RENUNCIA

Por la presente doy mi consentimiento sin mayor consideración para permitir que el Hawthorne Community Center tome fotografías / videos de mi hijo para usar en cosas como actividades en el aula, publicación y medios de difusión con fines publicitarios en los sitios organizativos del Hawthorne Community Center. También entiendo que el personal de HCC acuerda no usar las imágenes de mi hijo para uso personal del personal, como los sitios de redes sociales, es decir, Facebook o Instagram.

El nombre del niño: \_\_\_\_\_  
nombre del niño Apellido del niño

Nombre impreso del padre / tutor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Padre/ Firma Guardiana Fecha

\_\_\_\_\_  
 Hawthorne Firma de la Succión Fecha





PAROGRAM CODE: \_\_\_\_\_

# HAWTHORNE COMMUNITY CENTER INFORMACION ESTADISTICA

Aplicación Fecha:

**DE MIEMBRO YRS:2022/2023**

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____		EDAD 8/1/2022 _____	
_____	_____	_____	_____
DIRECCIÓN: _____		CÓDIGO POSTAL: _____	
TELÉFONO DE CASA: _____	TELÉFONO CELULAR: _____	SEXO: _____	
CORREO ELECTRÓNICO: _____		FECHA DE NACIMIENTO: _____	
RAZA: <input type="checkbox"/> Caucasicola <input type="checkbox"/> Afro Americano/a <input type="checkbox"/> Asiatico/a <input type="checkbox"/> Birracial <input type="checkbox"/> Indio/a Americano/a Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Otra			
ETNIA: <input type="checkbox"/> Hispano/a <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> No Hispanic/No Latino		COMIDAS GRATIS A PRECIO REDICODO: SI O NO	
RESIDIR CON AMBA PADRES: SI O NO		PADRES SOLTEROS/SOLTERAS: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Masculina <input type="checkbox"/> Abuelo/la <input type="checkbox"/> Otra	
DISCAPACIDAD: _____		21st SCHOLARS PROGRAM: SI O NO	
CONTACTO DE EMERGENCIA: _____		TELÉFONO: _____	

### FAMILIA MIEMBRO

APELLIDO	NOMBRE	MI	REL	EDAD	De Nacimiento MO DA YR	SEXO	Grado De la universidad

Numero De Personas Que Viven En La Casa \_\_\_\_\_

#### ▲ RELATIONSHIP

- 1. Spouse
- 2. Child
- 3. Other Relation
- 4. Not Related
- 5. Parent
- 6. Grandchild
- 7. Grandparent

Ganancias Mes Familia	Ganancias
FUENTE	Cantidad
Wages	
TANF	
SSI Disability	
Social Security	
Pension	
Unemp. Comp.	
Food Stamps	
Child Support	
Total Monthly Income	

Total, de su hogar por ano \$ \_\_\_\_\_

#### DIVULGACION DE INFORMACION PRIVADA

SERVICIOS SERAN PROVISTOS SIN DISCRIMINACION DE RAZA, EDAD, RELIGION, SEXO, IMPEDIMENTO, NACIONALIDAD DE ORIGEN O ANCESTRO.

ESTA AGENCIA ESTA REQUIRIENDO INFORMACION NECESARIA PARA COMPLETAR LOS REQUISITOS FUNDAMENTALES DEL PROGRAMA. ENTIENDO QUE LA INFORMACION DE ESTA FORMA, SERA CONFIDENCIAL, PERO PUEDE SER COMPARTIDA CON OTRAS AGENCIAS DE LA CUAL PODRE SER REFERIDO PARA SERVICIOS. ENTIENDO QUE PODRA SER REQUERIDO VERIFICAR LO ANTES DICHO, Y DAR MI CONCENTIMIENTO A LA AGENCIA DE HACER CUALQUIER TIPO DE CONTACTO PARA LA VERIFICACION DE LO ANTES MENCIONADO. SE EXCLUYE INFORMACION RELACIONADO A ANTESEDENTES ETICO/RACIAL, SEXO, ESTADO CIVIL, O IMPEDIMENTO. ESTO SERA VOLUNTARIAMENTE. INFORMACION ESTADISTICA SERA PROVIDTA A LOS FUNDADORES DEL PROGRAMA CON EL PROPOSITO DE PLANIFICAR Y OFRECER MEJORES SERVICIOS A LA COMUNIDAD. ENTIENDO QUE DE REUSAME A NO OFECER ESTA INFORMACION, NO ME IMPIDE A RECIBIR CUALQUIER SERVICIO POR EL CUAL SOY ELEGIBLE Y TENER DERECHO A CORREGIR O ELIMINAR CUALQUIER PARTE DE ESTE EN CUALQUIER MOMENTO. CERTIFICO QUE LA INFORMACION AMRIBA MENCIONADA ESTA CORRECTA Y CIERTA A MI MEJOR JUICIO COMPRENDO MIS DERECHOS Y OBLIGACIONES Y HE RECIBIDO COPIA DE ELLO.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Firma del personal

## **RENUNCIA, DESCARGO De OBLIGACIONES, Y CONSENTIMIENTO A ATENCION MEDICA**

Como cambia por permitirse participar/recibir servicios de/ser elegible para cualquier programa proporcionado por Hawthorn comuñita Centré a por una agencia en colaboración, yo y si no soy mayor De 18 años, mis padres a mi guardián legal (individual y colectivamente se refiere a ellos en la primera persona singular) convengo estar obligado a lo siguiente:

1. La obligación de inspeccionar las instalaciones y el equipo. Convengo en que antes de participar en una actividad o de recibir servicios inspeccionare las facilidades y el equipo que se van a usar; le informare inmediatamente a Hawthorn Community Center sobre la existencia de las condiciones inseguras y reusare participar o aceptar los servicios.
2. La identificación de los riesgos. Entiendo que el hecho de recibir servicios para un participante envuelve riesgo de lesión serias, de poder recibir lesión que pueden resultar en incapacidad permanente y muerte y en olerás perdidas tanto personales como de propiedad. Entiendo que esta lesión y perdidas pueden resultar de las reglas de la actividad o servicio o de las condiciones de las instalaciones o de cualquier equipo que se haya usado.
3. La Asunción de riesgo. Yo asumo todos los riesgos conocidos y desconocidos, conectados en forma alguna con mi participación recepción de servicios ende Hawthorn community Center.
4. Renuncia, relevo de responsabilidades. Yo renuncio, relevo y considero inofensiva a Hawthorne Community Center of Indianapolis, Inc. (Una agencia afiliada) y a cada una de las organizaciones, división, funcionarios, sucesores y asignados de todos los reclamos por lesión, perjuicio o daño, conectados de cualquier manera con mi participacion/recepcion de servicios en Hawthorne, causados o no totalmente o en parte por la negligencia o mala conducía de cualquiera de las organizaciones o individuos mencionadles anteriormente. Intento que esta renuncia y relevo aplicó también a cualquiera de mis parientes, representantes personales, herederos, parientes más cercanos, o asignados que puedan seguir cualquier acción legal o demanda por tal lesión y perjuicio, perdida o daño.
5. Consentimiento para tratamiento médico. Convengo en que Hawthorn me proporcione, por medio del personal que escoja, asistencia de entrenamiento medica acostumbrada, transporte y servicio médico de urgencia. Este consentimiento no le impone a Hawthorn el deber de proporcionar la asistencia, el transporte o los servicios dichos.

He LEIDO ESTA RENUNCIA, DESCARGO, Y CONSENTIMIENTO, ENTIENDO QUE he DEJADO DE Lo a DERECHOS SUBSTANCIALES Por FIRMA, FIRMO ESTA RENUNCIA, DESCARGO, Y CONSENTIMIENTO VOLUNTARILY, ESTABA PRODUJO LA OPORTUNIDAD TIENE ESTE DOCUMENTO me LEYO.

\_\_\_\_\_  
EL NOMBRE DEL NIÑO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE / TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA

Si la persona que participa o recibe los servicios que no tiene 18 años, un padre o tutor legal debe firmar a continuación; comp padre o tutor legal del niño mencionado, verifica que entiendo completamente y acepto todas las disposiciones de esta renuncia y consentimiento.

\_\_\_\_\_  
EL NOMBRE DEL NIÑO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE / TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA

## **CONVENIO**

Entiendo y cumpliré con las siguientes condiciones:

1. Cumpliré con todas las políticas operativas del Centro Hawthorne y todas las políticas del programa o políticas de prestación de servicios apropiadas para el programa o servicio en el que estoy participando y / o un destinatario del servicio de dicha actividad / servicio.
2. El incumplimiento de las políticas y / o pautas puede resultar en que se me denieguen los servicios, la participación y se me pida que abandone las instalaciones.
3. Todos los programas y / o servicios se brindan sin distinción de sexo, raza, religión, origen nacional, ascendencia, discapacidad o preferencia sexual.
4. Me han dado políticas relacionadas con programas y / o servicios específicos, según corresponda, y sé que se publican las políticas generales de la agencia.
5. Entiendo que no puedo participar sin haber pagado mi inscripción y / o tarifas del programa y no se dan reembolsos a menos que se cancele el programa.
6. Entiendo que bajo la supervisión del personal del Centro, se me permitirá participar en cualquier equipo, ser transportado hacia y desde la agencia, o excursiones, y participar en actividades patrocinadas por el Centro fuera de las instalaciones.
7. Entiendo que, como participante, Hawthorne puede transportarme y Hawthorne no asume ninguna responsabilidad como pasajero.

\_\_\_\_\_  
EL NOMBRE DEL NIÑO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE / TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA



## **FORMULARIO DE DESCENSO / RECOGIDA**

### **BAJAR Ó DEJAR ALGO:**

- Las puertas del Centro Comunitario Hawthorne se abren a las 6:30AM.
- Los padres / tutores deben entrar al edificio y registrar a los niños cuando lleguen. No habrá excepciones a esta política. Cuando un padre / tutor registra a un niño, esto reconoce que el niño está ahora bajo el cuidado y supervisión del Hawthorne Community Center y sigue siendo responsabilidad de Hawthorne Community Center hasta que lo recojan al final del día.
- Todos los niños deben registrarse en las sistema antes se las 9:00AM durante el año escolar y las vacaciones escolares. El no hacerlo puede resultar en que su hijo no pueda asistir al programa de cuidado antes y despue de la escuela, a menos que se havan hecho arreglos previos con el Gerente de edad escolar o Director de Programas Juveniles. (ej: declaración del medico)

### **Recoger:**

- Las puertas del Centro Comunitario Hawthorne cierran puntualmente a las 6:00PM.
- Todos los estudiantes deben ser recogidos a más tardar a las 6:00PM. Si un padre / tutor llega tarde, a la cuenta del padre se le cobrará \$1 por minuto, por niño después de las 6:00PM.
- El padre / tutor debe entrar para firmar la salida de su hijo. No habrá excepciones a esta política. Cuando un padre / tutor cierra la sesión de un niño, esto reconoce que el niño ahora está bajo su cuidado y supervisión y ya no es responsabilidad del Centro Comunitario Hawthorne.
- Si un padre / tutor no puede recoger a su hijo, el estudiante SOLO será entregado a las personas que figuran en la lista "formulario autorizado para recoger" en el formulario de solicitud del programa de ese niño a menos que el padre / tutor se haya comunicado por teléfono con el Gerente de edad escolar o Director de Programas Juveniles. Tendrá 24 horas para completar un nuevo formulario de Emergencia y Participantes. El personal pedirá ver al I.D. y verifique su nombre en la solicitud del niño, si llega alguien que no conoce a recoger a un niño.
- Los estudiantes no serán entregados a nadie, incluidos los padres, que parezcan estar bajo la influencia de drogas o alcohol. Se llamarán contactos de emergencia para transportar al niño a casa.

Al firmar a continuación, certifico que he leído y acepto cumplir con la Política de devolución / recogida de Hawthorne Community Center como se indica arriba.

\_\_\_\_\_  
Padre/ Firma Guardiania

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hawthorne Firma de la Succión

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Autorización para usar y / o divulgar información médica y educativa protegida**

El nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ D.O.B. \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Direccion de casa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Asistir a la escuela: \_\_\_\_\_  
Nombre impreso del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

- Por la presente solicito y autorizo al distrito escolar de mi hijo a proporcionar toda la información relacionada con la asistencia, los informes de disciplina, los informes de calificaciones y los resultados de las pruebas, incluida la información escrita y electrónica para el estudiante mencionado anteriormente al Hawthorne Community Center
- También solicito y autorizo al Hawthorne Community Center a proporcionar a \_\_\_\_\_ (nombre de la escuela), toda la información relacionada con los datos de la escuela, incluida la comunicación verbal para el estudiante mencionado anteriormente para cada uno de los siguientes informes:

Informes de asistencia	Archivos médicos	Conferencia caso
informes / IEP	Informes de calificaciones / Informes de pruebas	Informes de vacunación

- Por la presente solicito y autorizo a \_\_\_\_\_ (nombre de la escuela) para que se comunique verbalmente y / o proporcione todos y cada uno de los archivos anteriores al Hawthorne Community Center.

Esta información se utilizará para desarrollar un programa educativo para los estudiantes mencionados anteriormente. El abajo firmante puede revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito al centro. La revocación de la autorización no afectará ninguna acción tomada en virtud de esta autorización antes de que su escuela reciba el aviso de revocación. Al autorizar la divulgación de la información de salud del estudiante de acuerdo con esta autorización, la información de salud del estudiante puede divulgarse más y ya no puede estar protegida por las leyes federales de privacidad de información de salud.

Esta autorización vencerá al finalizar la permanencia del estudiante en el Hawthorne Community Center.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE / TUTOR

\_\_\_\_\_  
Fecha