



COMMUNITY YOUTH CENTER OF SAN FRANCISCO (CYC)

FORMA DE REGISTRACION

Staff Use Only

Received By:

Date Received:

CMS/EMS Entry Date:

SOLICITANTE / INFORMACIÓN DE SU MENOR

Primer Nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:	Ciudad Y Estado:	Código Postal:
Grado en el otoño 2019:	Asistiendo a cual escuela:	
Teléfono de casa:	Numero de celular de su hijo/a:	Correo electrónico de su hijo/a:

CONTACTO DE EMERGENCIA Y PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER A SU HIJO/A

(1) Primer Nombre de Padre/Madre/Guardián:	Apellido:	Parentesco al Menor:
Teléfono de casa:	Teléfono de trabajo:	Teléfono celular:
Correo electrónico:		
(2) Primer Nombre de Padre/Madre/Guardián:	Apellido:	Parentesco al Menor:
Teléfono de casa:	Teléfono de trabajo:	Teléfono celular:
Correo electrónico:		

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

RAZA/ETNICIDAD <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Otra Afrodescendencia: <input type="checkbox"/> Asiático – chino <input type="checkbox"/> Asiático – filipino <input type="checkbox"/> Asiático – indio <input type="checkbox"/> Asiático – japonés <input type="checkbox"/> Asiático – coreano <input type="checkbox"/> Asiático – Laos <input type="checkbox"/> Asiático – tailandés <input type="checkbox"/> Asiático – vietnamita <input type="checkbox"/> Asiático – Otro: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino – mexicano/México-americano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino – Centroamérica <input type="checkbox"/> Hispano/Latino – Sudamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino – caribeño <input type="checkbox"/> Hispano/Latino – Otro: <input type="checkbox"/> Medio Este – árabe <input type="checkbox"/> Medio Este – iraní <input type="checkbox"/> Medio Este – Otro: <input type="checkbox"/> Nativo American <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico – Guamán <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico – Hawaiano <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico – samoano <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico– Tongo <input type="checkbox"/> Isleño Pacifica – Otro: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multi-Racial/Multiétnico <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Declinó divulgar	FLUIDEZ CON EL INGLÉS <input type="checkbox"/> Fluido <input type="checkbox"/> Algo Fluido <input type="checkbox"/> No Fluido <input type="checkbox"/> Desconocido / No especificado IDIOMA PRIMARIO <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Cantones <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Khmer/ Camboyano <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Lenguaje <input type="checkbox"/> Mandarino <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Tagalog <input type="checkbox"/> Toishanese <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otro:	GÉNERO <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero ACOMODACIONES ESPECIALES <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/ No especificado ESTATUS DE VIVIENDA <input type="checkbox"/> Permanente/Vivienda Estable <input type="checkbox"/> Sin Hogar- Transicional/ Vivienda de Apoyo <input type="checkbox"/> Sin Hogar -Refugio/ Vivienda De emergencia <input type="checkbox"/> Sin Hogar - Motel/Hotel <input type="checkbox"/> Sin Hogar – Hospedandose con Amigos/Familia/Múltiples Familias <input type="checkbox"/> Sin Hogar – Sin Alojamiento
--	--	--

INFORMACIÓN MÉDICA

Compañía de aseguranza:	Número de Grupo/Póliza:	Nombre de Doctor:	Teléfono de doctor:
-------------------------	-------------------------	-------------------	---------------------

Favor de proveer una lista de condiciones médicas (i.e. asma, condición de corazón, alergias, convulsiones, diabetes, etc.):

Favor de listar nombre, dosis, y propósito de medicamentos tomados por su menor:

ARREGLOS DE FIN DE DIA

A los participantes de la preparatoria se les permite salir del programa solos. Si tiene preocupaciones al respecto de los arreglos del fin de día, favor de contactar al personal del Programa Después de Escuela de Balboa.

Oficina del Programa Después de Escuela de Balboa: 1000 Cayuga Avenue, Cuarto 28, San Francisco, CA 94112

Tel: 415-469-4090 x3727

Oficina Principal de CYC: 1038 Post Street, San Francisco, CA 94109 | Tel: 415-775-2636 | Fax: 415-775-1345

Correo Electrónico: balboasp@cycsf.org | Sitio Web: www.cycsf.org

INFORMACIÓN DEL PROGRAMA Y REQUISITO DE ASISTENCIA

El Programa Después de Escuela está diseñado en colaboración con la escuela y está en alineación con los reglamentos de SFUSD. El programa abre inmediatamente después de escuela y el horario diario ofrece oportunidades para crear comunidad, asistencia académica/tarea, artes, recreación, clases de enriquecimiento, y varias oportunidades para aprendizaje basado en proyectos para los estudiantes. Además, CYC colabora con otras organizaciones comunitarias y proveedores de servicios que ofrecen programas y servicios durante nuestro programa después de escuela. Por favor note que ellos puedan requerir otras formas de registración adicionales.

Cada sitio escolar que recibe fondos después de escuela debe:

1. Operar un programa después de clases al menos 3 horas / día durante al menos 15 horas / semana y hasta las 6 pm.
2. Proporcionar actividades académicas, de enriquecimiento, recreación y física.
3. Proporcionar una merienda nutritiva
4. Operar con una proporción de estudiantes por personal que no excederá de veinte-a-uno (20: 1)

Todos los jóvenes pueden inscribirse en nuestro programa, pero la inscripción prioritaria se otorgará de acuerdo con lo siguiente:

- Jóvenes adoptivos y sin hogar; almuerzo gratis / a precio reducido para jóvenes elegibles.
- Necesidad académica: identificada por el personal de la escuela, CYC, o maestros basado en los puntajes de exámenes, evaluaciones o calificaciones.
- Apoyo social / emocional: identificado por el personal de la escuela, maestros, equipo de SAP, o trabajador social como un estudiante que se beneficiará del programa después de escuela.
- Estudiantes que asisten al programa todos los días hasta las 6pm.

PERMISO PARA ACCEDER EL PLAN 504 O EL PLAN DE EDUCACIÓN INDIVIDUALIZADO (IEP)

Yo autorizo el intercambio de información para mi hijo/a que se describe a continuación entre el Distrito Escolar Unificado de San Francisco y la siguiente agencia y / o persona(s):

- ☐ **Agencia** Community Youth Center of San Francisco (CYC)

Esta autorización se aplica a la siguiente información: (marque todo lo que corresponda)

- ☐ Plan 504 ☐ Plan de Educación Individualizado (IEP)

Vencimiento: Esta autorización se vence al final del año escolar 2019-2020.

Restricciones: Proveedores que reciben esta información no la pueden divulgar al menos que otra forma de autorización sea firmada.

Sus derechos: Usted puede negarse a firmar esta forma. Puede cancelar en cualquier momento informando por escrito a el Distrito Escolar Unificado de San Francisco. Si cancela su permiso para divulgar la información de usted/ su hijo/a, entrará en vigencia de inmediato (al menos que ya se haya divulgado su información). Usted tiene derecho de recibir una copia de esta Autorización.

PERMISO DE SFUSD PARA EVALUAR PROGRAMAS Y SEGUIR EL PROGRESO DEL ESTUDIANTE

Durante la asistencia de su hijo al programa después de escuela, él / ella puede beneficiarse de un apoyo alineado comenzando durante el día escolar hasta el programa después de escuela. Para servir mejor a su hijo/a, marque a continuación:

- ☐ Doy permiso a el personal del programa después de escuela que revise los datos escolares de mi hijo/a (puntajes de exámenes, calificaciones y otros índices de rendimiento), con el propósito de proporcionar instrucción académica específica y evaluar la efectividad académica del programa. También doy permiso para que el personal monitoree el progreso de mi hijo/a y requiera que mi hijo/a complete encuestas de evaluación con el propósito de determinar la efectividad del programa.

ACTA DE AMERICANOS CON DISCAPACIDADES (ADA)

En cumplimiento de la Acta de Americanos con Discapacidades (ADA), nuestro programa después de escuela es accesible para estudiantes con discapacidades al proporcionar adaptaciones razonables (por ejemplo, derechos de discapacidades federales, estatales y locales como la Sección 504). La inscripción en el programa puede incluir consultas si el estudiante necesita apoyos adicionales, pero no puede usar esa información para influir en la inscripción. Si un estudiante tiene un plan 504 o un plan IEP, nuestro programa puede solicitar acceso a esa información para identificar qué arreglos razonables se puede hacer para apoyar el acceso al programa.

PÓLIZA DE RESPUESTA PROGRESIVA DE CYC

CYC cree que la seguridad emocional y física es realmente importante y nos esforzamos por crear un lugar seguro y de apoyo para los niños, jóvenes y sus familias. Estamos obligados a documentar cualquier lesión, derivación y situaciones de crisis. Para garantizar una comunidad segura y solidaria, todos los gerentes, directores y coordinadores de programas están capacitados en prácticas restaurativas, reglamentos y procedimientos, y los utilizan para controlar los comportamientos.

Los padres / guardianes reciben un manual de padres o información con las pólizas y protocolos de la agencia durante la orientación y se les da la oportunidad de comentar y hacer preguntas. Proceso de respuesta progresiva y esquema de CYC:

1. Los problemas y comportamientos se comunican con los padres / guardianes seguido o según sea necesario. Se harán referencias al equipo de atención escolar si es necesario para recibir más apoyo.
2. Se utilizarán círculos restaurativos y se revisarán y redactarán los acuerdos de comportamiento para obtener más apoyo. Se le pedirá a los padres / guardianes que estén presentes en todas las reuniones para garantizar una comunicación clara de los acuerdos.
3. Si se rompen los acuerdos, o si el estudiante se está lastimando físicamente a sí mismo o a otros, se pueden realizar discusiones para la suspensión.

Está bajo la discreción del Director, Gerente del programa o Coordinador del sitio redirigir al estudiante y a la familia a los servicios que pueden proporcionar más apoyo después de varios intentos fallidos de acomodar al estudiante sin socavar la calidad del programa.

Firma del Participante:

IMPRIMA Nombre:

Fecha:

SI MENOR DE 18,

Firma de Padre/Madre/Guardián:

IMPRIMA Nombre:

Fecha:



COMMUNITY YOUTH CENTER OF SAN FRANCISCO (CYC)

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Nuestra agencia cuenta con el respaldo de subvenciones del Departamento de Niños, Jóvenes y sus Familias de San Francisco (DCYF), SFUSD y otros financiadores de CYC. Como condición de los fondos que recibimos, estamos obligados a reportar sobre los servicios que brindamos y los niños, jóvenes y familias que servimos a DCYF y otros financiadores de CYC. DCYF trabaja en estrecha colaboración con el Distrito Escolar Unificado de San Francisco (SFUSD) y CYC. Los datos que reportamos a DCYF también se comparten con SFUSD y otros financiadores de CYC.

Al firmar este formulario, usted autoriza a nuestra agencia a compartir información sobre la participación de su hijo/a en nuestro programa (o su participación, si tiene 18 años de edad o más) con el personal autorizado de DCYF, SFUSD, CYC y sus patrocinadores para los fines descritos arriba. La información que reportamos a nuestros patrocinadores puede incluir:

- Información personal, como nombre, fecha de nacimiento y dirección;
- Información demográfica, como raza / etnia e identidad de género;
- Información educativa, como el nombre de la escuela y el nivel de grado;
- Participación en actividades y servicios, como fechas de asistencia y horas asistidas; y
- Encuestas de experiencia juvenil anónimas y voluntarias.

Los financiadores de DCYF, SFUSD y CYC no divulgarán públicamente ninguna información que proporcionamos de manera que pueda usarse para identificar a su hijo/a (o a usted, si tiene 18 años de edad o más).

Restricciones: Toda la información que proporcionamos relacionada con un alumno de SFUSD está protegida por leyes federales y estatales que rigen el uso, la divulgación y la nueva divulgación de los registros de educación del alumno. Las partes que no sean DCYF y SFUSD no tendrán acceso a ninguna información de identificación personal que reportemos, excepto en la medida en que las partes hayan obtenido su autorización previa por escrito o hayan seguido las pólizas y procedimientos de SFUSD para obtener acceso a dicha información.

Sus derechos: Usted puede negarse a firmar este formulario. Puede cancelarlo en cualquier momento informando a nuestra agencia por escrito. Si cancela su permiso que nos permite divulgar información a los financiadores de DCYF, SFUSD y CYC, entrará en vigencia inmediatamente, al menos que la información ya haya sido divulgada. Usted tiene derecho a recibir una copia de este formulario.

COMUNICADO DE FOTOGRAFÍAS Y MEDIOS

Usted o su hijo/a participan en un programa financiado por el Departamento de Niños, Jóvenes y sus Familias de San Francisco (DCYF), SFUSD y otros financiadores de CYC. En ocasiones, el personal o los contratistas de DCYF y CYC pueden visitar este programa para tomar fotografías o videos para proyectos de información pública y promociones de programas.

Los proyectos de información pública y las promociones de programas tienen como objetivo a educar a los líderes cívicos y al público en general sobre los programas y servicios disponibles para los niños, jóvenes y familias de San Francisco, así como mostrar el trabajo de CYC. Los proyectos de ejemplo incluyen publicaciones y exposiciones de DCYF, boletines informativos de CYC, así como los sitios web de DCYF y CYC (<http://www.dcyf.org> y <http://www.cycsf.org>).

Al firmar este formulario, usted autoriza al personal o contratistas de DCYF y CYC a tomar fotografías o videos de actividades del programa que pueden incluir imágenes de usted o su hijo y usar estas fotografías o videoclips para los proyectos de información pública y promociones del programa descritos anteriormente.

Al firmar este formulario, usted autoriza y da su consentimiento a la Autorización para la Divulgación de Información Confidencial y a el Lanzamiento de Fotografías y Comunicado de Medios mencionados arriba.

Firma de Participante:

IMPRIMA Nombre:

Fecha:

SI MENOR DE 18,

Firma de Padre/Madre/Guardián:

IMPRIMA Nombre:

Fecha:



Motivating Youth to Succeed

啟導青年 邁步向前

COMMUNITY YOUTH CENTER OF SAN FRANCISCO (CYC)
AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

En consideración por participar en un programa y actividades de Community Youth Center of San Francisco (CYC) cada persona que firme abajo está de acuerdo con las siguientes estipulaciones:

1. ASUNCIÓN DE RIESGO

Yo represento que estoy físicamente bien y tengo aprobación médica para participar en programas de CYC y actividades relacionadas. He buscado y recibido una examinación médica que ha determinado que puedo participar seguramente. Notificaré inmediatamente por escrito a CYC si ocurre un cambio en mi salud que pueda afectar mi habilidad para participar.

YO ESCOJO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE ASUMIR CUALQUIER PELIGRO e RIESGO, incluyendo el riesgo de lesión o muerte asociado con o como resultado de mi participación.

2. EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Estoy de acuerdo, por mí y mis herederos, liberar completamente y para siempre a CYC, sus oficiales, directores, agentes y empleados de todas y cada una de las responsabilidades, reclamos, demandas, acciones y causas de acción, ya sean conocidas o desconocidas basadas en cualquier lesiones, costos, pérdida de servicios, gastos, acciones y causas de acción, ya sean conocidas o desconocidas basadas en lesiones, costos, pérdida de servicios, gastos y cualquier reclamación de daños, ya sea causada por su NEGLIGENCIA o por cualquier otra razón, por causa o en cualquier forma como resultado de lesiones personales, sufrimiento consciente, muerte o daño a la propiedad de mí o de cualquier persona o propiedad, de cualquier manera relacionada con mi preparación, práctica o participación en las actividades. Acepto que esta Exención de Responsabilidad y Acuerdo de Renuncia incluirá mi participación en todas y cada una de las actividades deportivas patrocinadas por los comunicados, que incluyen, entre otras, sesiones de práctica, sesiones de instrucción, actividades dirigidas por un entrenador o un representante del equipo y / o actividades de promoción.

3. PACTO A NO DEMANDAR

Acepto, por mí y todos mis herederos, no demandar a los Exonerados, no iniciar la ayuda al enjuiciamiento de cualquier reclamo por daños o caso de acción que yo o mis herederos puedan tener a causa de daños personales o muerte por participación o destrucción a propiedad del participante que surja de las actividades de los comunicados.

4. ACUERDO DE INDEMNIZACIÓN

Acepto, por mí y mis herederos, indemnizar y eximir de responsabilidad a los comunicados de cualquier pérdida, reclamo, acción, causa de acción o procedimiento de cualquier tipo que pueda iniciar yo o otra persona, entidad u organización, incluyendo demandas, juicios, costos, pérdida de servicios, gastos o reembolso de honorarios de abogados incurridos por el participante o los Exonerados de las actividades contempladas en este acuerdo. Doy permiso a los Exonerados para obtener en mi nombre cualquier tratamiento médico de emergencia. En caso de enfermedad, accidente o lesión, los Exonerados tienen mi permiso expreso para asegurar, a mi cargo, el tratamiento médico que se considere necesario a exclusivo criterio de los Exonerados.

5. CONTINUACIÓN DE OBLIGACIONES

Acepto, por mí y mis herederos, que las disposiciones anteriores, incluyendo ASUNCIÓN DE RIESGO, EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD, PACTO A NO DEMANDAR Y ACUERDO DE INDEMNIZACIÓN continuarán en pleno vigor y efecto ahora y en el futuro cuando el participante esté involucrado en las actividades. En caso de cualquier disputa o controversia que surja con respecto a este Acuerdo de Liberación y Responsabilidad, su interpretación, aplicación y / o extinción, dicha disputa o controversia será resuelta mediante procedimientos de arbitraje conducidos por la Asociación Americana de Arbitraje ("AAA") en San Francisco, California, de conformidad con el arbitraje comercial AAA y las normas en vigor.

6. CYC COMUNICADO DE MEDIOS

CYC puede, algunas veces, capturar fotografías y videos de nuestros participantes en las actividades relacionadas y patrocinadas por CYC en acción. Por eso, solicitamos que acepte los términos de nuestro comunicado de medios. Por lo presente otorgo a Community Youth Center de San Francisco el derecho sin restricción y el permiso de derechos de autor y uso, reutilización, publicación y re publicación de retratos fotográficos, imágenes, videos o grabaciones de audio de mí o en las que pueda incluirse intacta o en parte, compuesto o distorsionado en carácter o forma, sin restricción en cuanto a cambios o transformaciones en conjunto con mi propio nombre o uno ficticio, o reproducción en color o no, hecho a través de medios de ahora y adelante conocidos para ilustración, arte, promoción, publicidad, comercio o otro propósito, así como otras publicaciones de los mismos.

POR LO PRESENTE, RECONOZCO QUE HE LEÍDO COMPLETAMENTE CADA UNA DE LAS DISPOSICIONES ANTERIORES Y ENTIENDO Y ACEPTO COMPLETAMENTE CADA DISPOSICIÓN. HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE HABLAR CON EL CONSEJERO DE MI ELECCIÓN. HE LEÍDO Y ENTIENDO Y ACEPTO COMPLETAMENTE CADA UNA DE LAS DISPOSICIONES DE ESTE ACUERDO. POR LA PRESENTE RENUNCIO EXPRESAMENTE A LAS CLÁUSULAS DE LA SECCIÓN 1542 DEL CÓDIGO CIVIL DE CALIFORNIA, QUE PROPORCIONA LO SIGUIENTE: **CIERTAS RECLAMACIONES NO AFECTADAS POR UNA LIBERACIÓN GENERAL. UNA PUBLICACIÓN GENERAL NO SE EXTIENDE A RECLAMACIONES QUE EL ACREEDOR NO SABE O SOSPECHA QUE EXISTIRÁN A SU FAVOR EN EL MOMENTO DE EJECUTAR LA LIBERACIÓN, LAS CUALES SI LO CONOCE, DEBEN HABER AFECTADO MATERIALMENTE SU ARREGLO CON EL DEUDOR.**

YO ENTIENDO Y ACEPTO que todos los derechos bajo la Sección 1542 del Código Civil de California son expresamente renunciados y que este Comunicado libera todas las lesiones, daños o pérdidas a la persona y propiedad, real o personal, ya sea conocida o desconocida, previsible, imprevisible, patente o latente, que él / ella puede tener contra otra parte o partes de este documento. Por la presente declaro que soy mayor de 18 años, a menos que mi tutor haya firmado a continuación.

Firma del participante:

IMPRIMA Nombre:

Fecha:

SI MENOR DE 18,

Firma de Padre/Madre/Guardián:

IMPRIMA Nombre:

Fecha: