



Formulario de Aplicación al Programa de Después de Clases 2019-20

Please return forms and documentation to this location. Incomplete applications will not be accepted.

Por favor devuelva este formulario y documentos adjuntos a una de las siguientes localidades. Paquetes de aplicación incompletos, no serán aceptados.

LifeWise STL
1321 South 11th Street, St. Louis, MO 63104
Misti Johnson; 314-627-1241 (K-8)

OFFICE USE ONLY
DATE RECEIVED: _____
START DATE: _____
TRANSPORTATION: Yes or No
PICK UP:
DROP-OFF:

Firma del Padre/Madre/Guardián Legal _____ Fecha _____

Información del Niño(a):

Primer Nombre:	Inicial de Segundo Nombre:	Apellido:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Ha asistido a este programa previamente? (Por favor marque) Si ____ No ____		
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo: Raza/Etnicidad:
Talla de Camisa (Por favor circule): XS S M L XL Talla Niño ____ Talla Adulto ____		

Historia Escolar: * Adjunte calificaciones escolares más recientes

Escuela:	Grado:
¿Su niño(a) recibe almuerzo gratis o de precio reducido en su escuela? Si ____ No ____	
¿Alguna vez su hijo participó en Educación Especial o tuvo un 504 plan? IEP? Si ____ No ____	
¿Tiene un Plan de Conducta? Si ____ No ____	

Comentarios Acerca del Desarrollo del Niño(a):

Por favor indique problemas de desarrollo personal, comportamiento, hábitos, o necesidades individuales de las cuales LifeWise STL necesita estar informada durante el tiempo en el cual seamos responsables de su niño:

LifeWise STL ofrece apoyo terapéutico / conductual a través de terapia individual y grupos de habilidades socioemocionales. Si está interesado en la posibilidad de terapia individual para el hijo / a quien estás sirviendo como tutor legal, consulte Autorizaciones-Observación / Referencia a continuación para inscribirse.

Diagnóstico(s) Médico(s) (Por favor marque):

ADD ____ ADHD ____ Autismo ____ Aspergers ____
Asma ____ Alergias (Por favor indique):
Restricciones de Dieta (Por favor indique):
Medicamentos (Por favor indique):
Si su niño(a) tiene asma o alergias alimenticias, necesitamos un inhalador y/o EpiPen disponible antes que su niño(a) pueda comenzar el programa. El plan de acción debe presentarse.
Compañía de Seguro Médico:
<input type="radio"/> Mi hijo está en buena salud, es capaz de participar en actividades después de la escuela, y no tiene requisitos especiales de salud o médicos. <input type="radio"/> Mi hijo es capaz de participar en un campamento de verano, pero tiene especial de salud o requisitos médicos que se enumeran a continuación.

Firma del Padre/Madre/Guardián Legal _____ **Fecha** _____



Formulario de Aplicación al Programa de Después de Clases 2019-20

Primer Nombre del niño(a):	Apellido:	Edad:
-----------------------------------	------------------	--------------

Información de Padre/Guardian:

Primer Nombre:	Apellido:	
Es miembro actual de LifeWise STL?	Si _____	No _____
Edad:	Sexo:	Raza/Etnicidad: fecha de nacimiento:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono Fijo: ()	Teléfono Móvil: ()	
Teléfono del Trabajo: ()	Dirección Electrónica:	
Empleador:		
¿Está Empleado ahora? Si ___ No ___	¿Estás en la escuela? Si ___ No ___	
Programar el trabajo:	Programar el escuela:	
Empleador Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Contacto de Emergencia de otro Padre/Guardián Legal:

Primer Nombre:	Apellido:	
Edad:	Sexo:	Raza/Etnicidad: fecha de nacimiento:
Relación al niño(a):		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono Fijo: ()	Teléfono Móvil: ()	
Teléfono del Trabajo: ()	Dirección Electrónica:	
Empleador:		

Información del casa: Esta información es muy útil para nuestro financiamiento en el futuro

Ingreso Familiar Anual (Por favor circule uno):	Tipo de Familia:	Fuentes de ingresos:
\$0- \$9,999	Ambos Padres	Manutención de los hijos
\$10,000-\$14,999	Solo Madre	SNAP Beneficios
\$15,000-\$19,999	Solo Padre	Medicaid
\$20,000-\$29,999	Ambos Abeulos	TANF
\$30,000-\$49,999	Un Abeulo	Desempleo
\$50,000-\$99,999	Un guardián	SSI
	Otro:	SSDI
		Daycare Voucher
		Otro:
Tamaño de Familia:	Tamaño de Familia menores de 18 años:	

Firma del Padre/Madre/Guardián Legal _____ Fecha _____

Primer Nombre del niño(a):	Apellido:	Edad:
-----------------------------------	------------------	--------------

Autorizaciones

Medios Audiovisuales:
 Yo autorizo a LifeWise STL y a sus asociados al uso y derecho ilimitado de fotos, videos, citas directas y/o grabaciones de audio de mi niño(a) participando en programas o eventos de LifeWise STL.
 Sí _____ No _____

Encuestas:
 Yo autorizo a mi niño(a) a que participe en encuestas del programa/evaluación. Estas encuestas pueden contener preguntas acerca de los datos demográficos, el rendimiento en la escuela, los amigos, el vecindario, y la experiencia de mi niño(a) en el programa. Adicionalmente, pueden contener preguntas acerca del conocimiento y habilidades de mi niño(a) en las áreas de salud, nutrición, ciencias, tecnología, ingeniería, arte y conocimiento práctico de lectura. Todas las encuestas son confidenciales y el nombre del niño(a) no será capturado. Entiendo que puedo retirar mi autorización en cualquier momento de manera escrita.
 Sí _____ No _____

Evaluaciones/Pruebas:
 Yo autorizo a mi niño(a) a que participe en evaluaciones que medirán sus habilidades de lectura (tales como fluidez y comprensión). Entiendo que tengo acceso a los resultados de estas evaluaciones, y que dichos resultados ayudarán a LifeWise STL a evaluar si cualquier cambio en habilidad ocurrió.
 Sí _____ No _____

Objetos perdidos, robados y/o dañados:
 He sido informado(a) que mi niño(a) no debe de traer objetos valiosos (tales como aparatos electrónicos) LifeWise STL. Entiendo que LifeWise STL NO se hace responsable por la pérdida, robo o daños a dichos objetos que pueda ocurrir durante el programa.
 Sí _____ No _____

Información del autorización:
 Doy mi consentimiento para consejeros escolares, maestros, trabajadores sociales, y todas las otras personas que trabajan con mi hijo para liberar a los registros LifeWise STL y sus agencias asociadas, incluida la información sobre el comportamiento en la escuela, calificaciones, resultados de exámenes, la notificación de suspensiones, etc. entiendo que toda la información dada a LifeWise STL y sus organismos asociados será restringido y confidencial.
 Sí _____ No _____

Observación / Referencia:
 Doy permiso para que mi hijo sea referido a una evaluación y posible tratamiento terapéutico basado en la observación del comportamiento (es decir, cambios observados en el comportamiento, aumentos en las acciones de externalización o internalización). Entiendo que recibiré una notificación adicional sobre la referencia sobre el proceso y posible tratamiento continuo. Además, entiendo que tengo el derecho de rechazar acciones posteriores con el aviso de referencia.
 Sí _____ No _____

Permiso para el participante:

¿Tu darías permiso a su hijos (12 años o mayores) salir soló? Yes No
¿Puede su hijo nadar? _____ Si, nada muy bien _____ Si, nada bien _____ No _____

Firma del Padre/Madre/Guardian Legal _____ **Fecha** _____

Autorización Para Cuidado de Emergencia

Entiendo que seré notificado(a) inmediatamente en caso de una emergencia con mi niño(a), y yo haré los arreglos necesarios para el trato médico de mi niño con el doctor u hospital de mi preferencia.

Si no puedo ser contactado(a) para hacer los arreglos necesarios, o en caso de una emergencia crítica que requiera atención médica inmediata, yo autorizo

LIFEWISE STL
DAY CARE PROVIDER OR HOME PROVIDER

PARA CONTACTAR CON LOS SIGUIENTES:

Doctor/Clinica

NOMBRE	TELEFONO NUMERO
--------	-----------------

PREFERENCIA HOSPITAL

NOMBRE	TELEFONO NUMERO
--------	-----------------

RECONOCIMIENTO

A	YO RECIBIDO UNA COPIA DE REGLAMENTO DE TRATAMIENTO Y DESCARGA DEL NIÑOS.	PADRE/GUARDIAN INICIAL
B	ME HAN INFORMADO DE QUE UNA COPIA DE LAS REGLAS DE LICENCIA PARA HOGARES DE CUIDADO DE NIÑOS O LAS REGLAS DE LICENCIA PARA HOGARES DE CUIDADO INFANTIL Y CENTROS ESTÁ DISPONIBLE EN ESTE CENTRO PARA REVISIÓN	PADRE/GUARDIAN INICIAL
C	EL PROVEEDOR Y YO TENEMOS UN ACUERDO DE MANTENER COMUNICACIÓN SOBRE LA CONDUCTA Y NECESITA DE MI HIJO.	PADRE/GUARDIAN INICIAL
D	TENGO ENTENDIDO QUE CUANDO MI HIJO ESTÁ ENFERMO, EL/ELLA NO SERA ACEPTADO EN EL PROGRAMA.	PADRE/GUARDIAN INICIAL
E	TENGO ENTENDIDO QUE ANTES DEL PRIMER DÍA DE PROGRAMA DEBO TENER QUE UN COPIA DAR PROBAR DE VACUNAS O EXENTO DE VACUNAS.	PADRE/GUARDIAN INICIAL
F	DOY <input type="checkbox"/> PERMISO <input type="checkbox"/> NO DOY PERMISO A EXCURSIONES. ENTIENDO QUE ME VAN AVISAR ANTES EXCURSIONES.	PADRE/GUARDIAN INICIAL
G	DOY <input type="checkbox"/> PERMISO <input type="checkbox"/> NO DOY PERMISO PARA QUE TRANSPORTEN MI NIÑO DEL CENTRO. .	PADRE/GUARDIAN INICIAL
H	HE SIDO INFORMADO QUE TENGO AUTORIZACION DE PREGUNTAR SI LOS OTRO NINOS DEL CENTRO ESTAN ACTUALISADOS VACUNAS.	PADRE/GUARDIAN INICIAL

FIRMA DE PADRE'S/GUARDIAN'S	FECHA
-----------------------------	-------

CACFP REQUIREMENT	FIRST ANNUAL UPDATE	PARENT/GUARDIAN SIGNATURE	FECHA
	SECOND ANNUAL UPDATE	PARENT/GUARDIAN SIGNATURE	FECHA

Firma del Padre/Madre/Guardián Legal _____ Fecha _____

Primer Nombre del niño(a):	Apellido:	Edad:
-----------------------------------	------------------	--------------

Salida/Información de Contacto de Emergencia (Por favor incluirse a sí mismo): * Mayor de 18 años

<input type="checkbox"/> O Recoger <input type="checkbox"/> O Caminar para la casa <input type="checkbox"/> O Van <input type="checkbox"/> O Otro:			
Persona Autorizada #1 (Padre/Madre/Guardián Legal):			
Relación al niño(a):			
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Teléfono Fijo: ()	Teléfono Móvil: ()		
Persona Autorizada #2:			
Relación al niño(a):			
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Teléfono Fijo: ()	Teléfono Móvil: ()		
Persona Autorizada #3:			
Relación al niño(a):			
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Teléfono Fijo: ()	Teléfono Móvil: ()		

Firma del Padre/Madre/Guardián Legal _____ Fecha _____