

Please circle the school your child currently attends/ Por favor circule la escuela de su hijo/a:

**Edison**

**ELC**

**JFK**

**PCMS**

## STUDENT INFORMATION/ INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

<b>Child's Name</b> <i>Nombre del Niño(a)</i> _____ (Last/ Apellido) _____ (First/ Primer Nombre) _____ (Middle/ Segundo Nombre)			
<b>Gender</b> <i>Género</i>	<input type="checkbox"/> <b>Male/ Masculino</b> <input type="checkbox"/> <b>Female/ Femenino</b>	<b>Date of Birth:</b> ____/____/____ <i>Fecha de nacimiento</i>	<b>Age:</b> ____ <i>Edad</i>
<b>Grade</b> (as of September 2017) / <i>Grado</i> (a partir de Septiembre 2017): _____			
<b>Home Address</b> <i>Domicilio</i>	_____ (Number and Street/ Número y Calle)		_____ (Apt. #)
	_____ (City/ Ciudad)	_____ (State/ Estado)	_____ (Zip Code/ Código Postal)
<b>Home Phone:</b> ( ) ____ - ____ <i>Tel. de la Casa</i>	<b>Emergency Phone:</b> ( ) ____ - ____ <i>Teléfono de Emergencia</i> <small>*Where parent can be reachable at all times / En donde los padres puedan ser ubicados en todo momento</small>		
<b>Main language spoken at home:</b> <i>Idioma principal que se habla en la casa:</i> _____			
<b>Ethnicity</b> <i>Raza</i>	<input type="checkbox"/> Multi-race/ Multi Raza <input type="checkbox"/> Black (Non-Hispanic)/ Negro (no Latino)		
	<input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> Other/ Otro <input type="checkbox"/> White (Non-Hispanic)/ Blanco (no Latino)		
		<input type="checkbox"/> Native American/ Americano Indígena <input type="checkbox"/> Asian/ Asiático	
<b>Did your child receive free or reduced lunch during the 2016-2017 school year?</b> <i>¿Su hijo(a) recibe almuerzo gratis o a precio reducido durante el año escolar 2016-2017?</i>		<b>Please check one:</b> Free _____ Reduced _____ Neither _____ Gratis      Reducido      Ninguno	

**SIBLINGS:** List all siblings you wish to enroll in The Carver Center After School Program (CAP)

**HERMANOS:** Haga una lista de todos los hermanos que usted quisiera inscribir en el Programa Después de Clases del Centro Carver (CAP)

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

Entering Grade as of September 2017: \_\_\_\_\_  
Grado a partir de Septiembre 2017

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

Entering Grade as of September 2017: \_\_\_\_\_  
Grado a partir de Septiembre 2017

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

Entering Grade as of September 2017: \_\_\_\_\_  
Grado a partir de Septiembre 2017

## PARENT OR GUARDIAN INFORMATION/ INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR

### Parent or Guardian 1 / Padre o Tutor 1

Name: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
 Nombre: (Last/ Apellido) \_\_\_\_\_ (First/ Primer Nombre) \_\_\_\_\_

Relation to child: \_\_\_\_\_ Lives with child? Yes \_\_\_ No \_\_\_  
 Relación con el niño/a \_\_\_\_\_ Vive con el niño/a? sí o no

#### Home

Address \_\_\_\_\_ (Apt. #) \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ (Number and Street/ Número y Calle) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (City/ Ciudad) \_\_\_\_\_ (State/ Estado) \_\_\_\_\_ (Zip Code/ Código Postal)

Home Phone: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cell Phone: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Tel. de la casa \_\_\_\_\_ Tel. celular \_\_\_\_\_

E-mail/ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Occupation: \_\_\_\_\_ Place of Employment: \_\_\_\_\_  
 ocupación \_\_\_\_\_ Lugar de empleo \_\_\_\_\_

Employer's Address: \_\_\_\_\_ Business Tel. ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Dirección de su trabajo \_\_\_\_\_ Tel. de su trabajo \_\_\_\_\_

Parent Guardian 1 is allowed to pick up child? Yes \_\_\_ No \_\_\_  
 El padre o tutor 1 puede recoger al niño: Sí o no

### Parent or Guardian 2 / Padre o Tutor 2

Name: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
 Nombre: (Last/ Apellido) \_\_\_\_\_ (First/ Primer Nombre) \_\_\_\_\_

Relation to child: \_\_\_\_\_ Lives with child? Yes \_\_\_ No \_\_\_  
 Relación con el niño/a \_\_\_\_\_ Vive con el niño/a? sí o no

#### Home

Address \_\_\_\_\_ (Apt. #) \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ (Number and Street/ Número y Calle) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (City/ Ciudad) \_\_\_\_\_ (State/ Estado) \_\_\_\_\_ (Zip Code/ Código Postal)

Home Phone: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cell Phone: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Tel. de la casa \_\_\_\_\_ Tel. celular \_\_\_\_\_

E-mail/ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Occupation: \_\_\_\_\_ Place of Employment: \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_ Lugar de empleo \_\_\_\_\_

Employer's Address: \_\_\_\_\_ Business Tel. ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Dirección de su trabajo \_\_\_\_\_ Tel. de su trabajo \_\_\_\_\_

Parent Guardian 2 is allowed to pick up child? Yes \_\_\_ No \_\_\_  
 El padre o tutor 2 puede recoger al niño: Sí o no

Parent/Guardian 1 or 2 will always be contacted first in case of emergency.

Los padres/guardianes 1 o 2 siempre serán los primeros en contactar en caso de una emergencia.

## EMERGENCY CONTACTS / CONTACTOS DE EMERGENCIA

In the event that Parent/Guardian 1 or 2 cannot be reached, please list emergency contacts WHO ARE NOT THE PARENTS/GUARDIAN.  
 En el caso de que los padres 1 o 2 no puedan ser ubicados, por favor haga una lista de contactos de emergencia QUE NO SEAN LOS MISMOS PADRES/GUARDIANES.

\*Adult (18 older) **Emergency contacts other than parent/guardian** who can pick up or remove the child from the program in the event of an emergency. **At least 2 must be filled in to enroll.**

\* Adultos (18 años más) **Contactos de emergencia que no sea el padre / tutor** que puedan recoger o retirar al niño del programa en caso de una emergencia. **Por lo menos deben nombrarse a 2 para que el estudiante se pueda inscribir.**

1. Name: _____ Nombre  Home Tel. _____ Tel. de Casa  Address/Domicilio: _____	Relation to child: _____ Relación con el niño/a  Cell Tel. _____ Tel. Celular
2. Name: _____ Nombre  Home Tel. _____ Tel. de Casa  Address/Domicilio: _____	Relation to child: _____ Relación con el niño/a  Cell Tel. _____ Tel. Celular
3. Name: _____ Nombre  Home Tel. _____ Tel. de Casa	Relation to child: _____ Relación con el niño/a  Cell Tel. _____ Tel. Celular

## AUTHORIZED PERSONS TO PICK UP CHILD PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER AL NIÑO(A)

\*Adult (16 or older) **other than parent/guardian** who can pick up or remove the child from the program. **At least 2 must be filled in to enroll.** You must call to notify the CAP Site Director if a person not listed below will be picking up your child from the program. That person will be asked for a photo ID.

\* Adultos (16 años o más) que **no sea el padre/tutor** que puedan recoger o retirar al niño del programa. Por lo menos **deben nombrarse a 2 para que el estudiante pueda inscribirse.** Usted debe llamar al director del programa después de clases del Centro Carver (CAP) de su escuela para notificar si una persona que no está en la lista de contactos recogerá a su niño/a del programa. A esa persona se le pedirá una identificación con foto.

Please check the box if the **authorized persons to pick up child** are the same as **the emergency contacts**  
 Marque la casilla si las personas autorizadas para recoger al niño(a) son las mismas que los contactos de emergencia

1. Name: _____ Nombre  Home Tel. _____ Tel. de la casa  Address/Domicilio: _____	Relation to child: _____ Relación con el niño/a  Cell Tel. _____ Tel. celular
2. Name: _____ Nombre  Home Tel. _____ Tel. de la casa  Address/Domicilio: _____	Relation to child: _____ Relación con el niño/a  Cell Tel. _____ Tel. celular

**CHILD'S HEALTH/MEDICAL INFORMATION**  
**SALUD/INFORMACIÓN MÉDICA DEL NIÑO**

Please answer ALL QUESTIONS/ Por favor conteste TODAS LAS PREGUNTAS

1. Is your child registered with Open Door?

Esta su hijo/a registrado en Open Door?

Yes/ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If No

Si la respuesta es NO:

Dr. Name

Phone #

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_

Teléfono del doctor: \_\_\_\_\_

2. Does your child have ANY FOOD Allergies?

Su hijo/a tiene algún tipo de alergias a cualquier comida? Yes/ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If yes please list ALL FOOD Allergies;

Si la respuesta es SI, por favor haga una lista de todas las comidas a las que tiene alergia:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

3. Does your child have any other Allergies (medicines, bees, outdoor allergies, etc)?

Su hijo/a tiene alguna otra alergia? (medicinas, abejas, alergias del medio ambiente, etc.) Yes/ Sí \_\_\_ No \_\_\_

If yes please list ALL Allergies;

Si la respuesta es SI, escriba TODAS las alergias:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

Does your child require an epi-pen?

Su hijo/a requiere de un anti-alérgico inyectable (epi-pen)? Yes/ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If yes please explain.

Si la respuesta es SI, por favor explique:

---

Does the school nurse have the epi-pen?

La enfermera de la escuela tiene su anti-alérgico inyectable (epi-pen)? Yes/ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If no, where is the epi-pen stored?

Si la respuesta es NO, donde está guardado? \_\_\_\_\_

**If your child requires an epi pen there MUST be one available for the After School Program before program start date.**

**Si su hijo/a necesita un anti-alérgico inyectable, DEBE tener uno disponible para tener en el programa después de clases, antes de la fecha en que comience el programa.**

Does your child use an inhaler?

Su hijo/a usa un inhalador? Yes/ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If yes, does your child carry it and self-medicate?

Si la respuesta es SI, su hijo/a carga uno siempre con él/ella y se auto medica? Yes/ Sí \_\_\_ No \_\_\_

Does the school nurse have the inhaler?

La enfermera de la escuela tiene el inhalador? Yes/ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**AUTHORIZATION/ MEDICAL STATEMENT**

I, \_\_\_\_\_, hereby authorize The Carver Center After School Program (CAP) to have under its care my child and declare the After School Program exempt of any legal liability during activities in which my child will participate.

In case there is an emergency, I give my consent to have my child taken to the nearest hospital/emergency room or the facilities listed above and have the doctor administer the necessary medical treatment to stabilize my child. I understand that every effort will be made to contact me before any action is taken.

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent\_\_\_\_\_  
Date**AUTORIZACIÓN / DECLARACIÓN MÉDICA**

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo al Programa Después de Clases del Centro Carver (CAP) a tener bajo su cuidado a mi hijo/a y declaro al Programa Después de Clases del Centro Carver exento de cualquier responsabilidad legal durante las actividades en las que participará mi hijo/a.

En caso de que haya una emergencia, doy mi consentimiento para que mi hijo/a sea llevado al hospital/sala de urgencias más cercano o las instalaciones enumerados anteriormente y dejar que el médico administre el tratamiento médico necesario para estabilizar mi hijo/a. Entiendo que se hará todo lo posible para ponerse en contacto conmigo antes de tomar cualquier acción.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre\_\_\_\_\_  
Fecha**TRANSPORTATION WAIVER**

I, \_\_\_\_\_, give permission for my child to be transported in a school bus or Carver Center van, to and from Carver Center CAP activities.

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent\_\_\_\_\_  
Date**PERMISO DE TRANSPORTACION**

Yo, \_\_\_\_\_, doy permiso para que mi hijo/a sea transportado/a en un autobús escolar o en un furgón del Centro Carver, hacia y desde las actividades de CAP del Centro Carver.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre\_\_\_\_\_  
Fecha

**PERSONAL RELEASE FORM**

I, \_\_\_\_\_, of legal age\*, do irrevocably consent to the use of my child's likeness and/or voice The Carver Center After School Program(CAP) for the purpose of production/presentation, which may be embodied in any form of media now existing or hereinafter developed. Further, I consent that The Carver Center After School Program (CAP) may use that portion of the production/ presentation containing his/her likeness, and/or voice, in whole or in part, for any legitimate purpose in which The Carver Center After School Program (CAP) engages within the United States and throughout the world, including, but not limited to, advertising and the conduct of trade. Without limiting the generality of the foregoing, I hereby consent to the use his/her, likeness, and /or voice in connection with material developed to educate and promote The Carver Center After School Program (CAP) and any of its programs activities and/or events.

I hereby waive any inspection or approval of any material embodying any portion of the presentation/ production name, likeness, and/or voice and I release The Carver Center After School Program (CAP) from any liability for any claim of visual alteration, optical illusion, or faulty mechanical reproduction.

I hereby waive all legal claims to compensation or receipt of consideration from the rights granted by this consent. The rights granted in this release shall be binding upon my estate, heirs and assigns. This release shall be governed by the laws of the State of New York without giving effect to the principles of the conflicts of laws of that state.

\*Parent/ Guardian's Signature if individual under legal age.

Signature: \_\_\_\_\_ Print Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PERSONAL**

Yo, \_\_\_\_\_, siendo mayor de edad\*, doy consentimiento irrevocable para el uso de la imagen y/o voz de mi hijo por el Programa Después de Clases del Centro Carver (CAP) para el propósito de producción/ presentación, que puede realizarse en cualquier forma de los medios de comunicación existentes en actualidad o desarrollados en el futuro. Además, consiento que el Programa Después de Clases del Centro Carver (CAP) puede utilizar la parte de la producción/presentación que contiene su imagen y/o voz, en su totalidad o en parte, para cualquier propósito legítimo en que el Programa Después de Clases del Centro Carver (CAP) se dedica dentro de los Estados Unidos y en todo el mundo, incluyendo, pero no limitado a la publicidad y el desarrollo de comercio. Sin limitar la generalidad de lo anterior, doy mi consentimiento para el uso de su, imagen y/o voz en relación con el material desarrollado para educar y promover al Programa Después de Clases del Centro Carver (CAP) y cualquiera de sus actividades y/o eventos.

Renuncio a toda inspección o aprobación de todo material que contiene cualquier parte de presentación/ nombre de producción, imagen y/o voz y libero a Programa Después de Clases del Centro Carver (CAP) de toda responsabilidad por cualquier reclamación de alteración visual, ilusión óptica, o reproducción mecánica defectuosa.

Renuncio a todo reclamo legal de compensación o consideración de los derechos otorgados por este consentimiento. Los derechos reconocidos en este comunicado serán vinculantes para mis raíces, herederos y cesionarios. Este comunicado se registrará por las leyes del Estado de Nueva York sin dar efecto a los principios de los conflictos de leyes de ese estado.

\*Parent/ Guardian's Signature

Firma del padre/guardian: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PARENT/ GUARDIAN RELEASE**

I hereby agree to release, indemnify and hold harmless The Carver Center After School Program (Port Chester Carver Center), located at 400 Westchester Avenue, Port Chester, New York 10573, their agents, employees and subdivision(s) from any and all liability, damages or cost, including attorney's fees, for personal or property damages which arise out of or are associated with or result from an accident or injury which involves \_\_\_\_\_ (child's name) and which are related to or occur while on the program's trip or at the center. I understand that my child is responsible for his/her behavior at all times. If my child becomes involved in behavior which is unacceptable or presents a danger to him/herself or to other children, appropriate steps will be taken to protect all children. Should the child become uncooperative, the child may be excluded from the activity/program.

Legal requirements: All students shall observe and comply with all laws, codes, rules and regulations of the state, federal, municipal and local government, departments, commissions and boards, (including, but not limited to, applicable fire and safety codes) which may apply to their use and occupancy of any premises visited while accompanied by agents, employees and subdivision(s) of Carver Center.

ACTS OF GOD: In the event of an act of war (declared or otherwise), strike, work stoppage, hurricane, earthquake, other natural disaster, or a reason beyond the control of The Carver Center After School Program, its agents, employees and subdivision(s) (each such activity is referred to as an "Act of God,") and the student event is canceled or disrupted by reasons of such Act of God, The Carver Center ASP, their agents, employees and subdivision(s) shall not be responsible or liable for any loss or damage of any kind resulting from the "Act of God".

I hereby acknowledge that I have read, understand and agree to all terms and information contained on this form.

Signature: \_\_\_\_\_ Print Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PADRE / TUTOR**

Yo libero e indemnizo al Programa Después de Clases del Centro Carver ( Port Chester Carver Center), ubicado en el 400 Westchester Avenue, Port Chester, Nueva York 10573 , sus agentes , empleados y la subdivisión(es) de cualquier y toda responsabilidad, daños o costos, incluyendo los honorarios de abogados, de daños personales o de propiedad que surgen de o están asociados con o como resultado de un accidente o lesión que involucre a \_\_\_\_\_ (nombre del niño) y que están relacionados con esto o se producen durante cualquier viaje del programa o en el centro. Entiendo que mi hijo/a es responsable de su comportamiento en todo momento. Si mi hijo se involucra en comportamiento que es inaceptable o presenta un peligro para él/ella mismo(a) o para otros niños, se tomarán las medidas adecuadas para proteger a todos los niños. En caso de que el niño(a) no coopere, él o ella puede ser excluido de la actividad/programa.

Requisitos legales: Todos los alumnos deberán observar y cumplir con todas las leyes, códigos, normas y reglamentos del estado, federal, municipal y local de gobierno, departamentos, comisiones y juntas, (incluyendo, pero no limitado a códigos de incendios o de seguridad aplicables) que pueden aplicarse a su uso y la ocupación de los locales visitados mientras que acompañado de agentes, empleados y la subdivisión (s) del Centro Carver.

ACTOS DE DIOS: En caso de un acto de guerra (declarada o no), huelga, paro, huracán, terremoto, otro desastre natural, o una razón más allá del control Programa Después de Clases del Centro Carver, sus agentes, empleados y la subdivisión(es) (cada una de estas actividades se refiere como un "acto de Dios") y el evento estudiantil es cancelado o interrumpido por razones de "Actos de Dios", Programa Después de Clases del Centro Carver, sus agentes, empleados y la subdivisión(es) no serán responsables por cualquier pérdida o daño de cualquier tipo que resulte del "Acto De Dios".

Por la presente, yo reconozco haber leído, entendido y estoy de acuerdo con todos los términos e información contenida en este formulario.

Firma: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**MEDICAL AND MENTAL HEALTH CONSENT**

I, \_\_\_\_\_, hereby authorize the Carver Center to have under its care my child, \_\_\_\_\_, and declare the Carver Center After School Program, Summer Program and Teen Center Program exempt of any legal liability during activities in which my child participates. We are committed to the health and wellbeing of your child and our team includes a New York State Licensed Social Worker who provides mental health support and who may work in your child's classroom and/or work with your child individually. We focus on developing constructive methods for coping with stress and triggers, relaxation techniques along with emotional regulation and conflict resolution skill building. The main role of our social worker is to facilitate pro-social behaviors and assist with any crisis intervention, if needed.

In case there is an emergency, I give my consent for Carver Center staff to provide first aid and mental health support and/or take my child to the nearest hospital/emergency room or have the doctor administer the necessary medical treatment to stabilize my child. I understand that every effort will be made to contact me before any action is taken.

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

---

**CONSENTIMIENTO MÉDICO Y DE SALÚD MENTAL**

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo al Carver Center a tener bajo su cuidado a mi hijo/a, \_\_\_\_\_, y declaro que el Programa Carver Center después del horario escolar, el Programa de Verano y el Programa de Centro para Jóvenes están exentos de cualquier responsabilidad legal durante las actividades en las que mi hijo/a participe. Estamos comprometidos con la salud y el bienestar de su hijo y nuestro equipo incluye a un Trabajador Social con Licencia del Estado de Nueva York que brinda apoyo de salud mental y que puede trabajar en el salón de su hijo/a y trabajar con su hijo/a individualmente. Nos centramos en el desarrollo de métodos constructivos para hacer frente al estrés y desencadenantes, técnicas de relajación junto con la regulación emocional y la construcción de habilidades de resolución de conflictos. El papel principal de nuestro trabajador social es facilitar comportamientos pro-sociales y ayudar con cualquier intervención de crisis, si es necesario.

En caso de una emergencia, doy mi consentimiento para que el personal del Carver Center proporcione primeros auxilios y apoyo de salud mental y/o lleve a mi hijo/a al hospital / sala de emergencias más cercano o que el médico administre el tratamiento médico necesario para estabilizar a mi hijo. Entiendo que se hará todo lo posible para ponerse en contacto conmigo antes de tomar cualquier medida.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



## RULES AND REGULATIONS / REGLAS Y REGULACIONES

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Port Chester – Rye Union Free School District code of conduct applies.</li> <li>2. Fighting/Bullying will not be tolerated in the After School Program (CAP). If someone hits you or you are a victim of bullying, you must immediately report it to your Teacher or staff. If you retaliate, you and the person who committed the offense will be automatically suspended.</li> <li>3. Stealing: If you are caught stealing, it will result in immediate suspension and possible expulsion.</li> <li>4. Graffiti: Damaging or writing on Carver Center and/or Port Chester Public School property will result in automatic suspension.</li> <li>5. Students are expected to attend CAP Monday through Friday, 3:00 - 5:30 for Elementary CAP and 3:00-5:50 Middle School CAP. Excused absences are for religious education classes, illness and medical appointments only. Please note that this is not a drop in program. Early pick up is not allowed unless preapproved by Site Director.</li> <li>6. Vulgar Language and inappropriate behavior: will not be permitted in the After School Program. Respect must be given at all times to your Teachers, staff, and fellow students.</li> <li>7. No electronic devices of any kind, including cellphones, are allowed to be used during program hours. The After School Program will not be held responsible for any lost, damaged or stolen items. Parents may be asked to pick up item.</li> <li>8. Students enrolled in the CAP will not be allowed to leave at school day dismissal, without a note to the classroom teacher or phone call from parent.</li> <li>9. No child in the elementary school CAP is allowed to walk home alone.</li> <li>10. Excessive absences/early pick-ups will warrant a mandatory meeting with the Site Director. Failure to attend this meeting will result in immediate suspension and possible expulsion.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se aplica el código de conducta de Port Chester – Rye Union Free del Distrito Escolar.</li> <li>2. Peleas/intimidación no serán toleradas en el Programa Después de Clases (CAP). Si alguien te golpea o eres víctima de intimidación, debes informar inmediatamente a tu profesor o al personal. Si tomas represalias, tú y la persona que cometió el delito serán suspendidos automáticamente.</li> <li>3. Robar: Si te pillan robando, resultará en la suspensión inmediata y posible expulsión.</li> <li>4. Graffiti: Dañar o escribir en el Centro y/o propiedades de las escuelas públicas de Port Chester, dará lugar a la suspensión automática.</li> <li>5. Se espera que los estudiantes asistan al Programa Después de Clases (CAP) de lunes a viernes, 3:00 -5:30 y los estudiantes de PCMS de 3:00-5:50. Las ausencias justificadas son para las clases de educación religiosa, las enfermedades y las citas médicas solamente. Tenga en cuenta que esto no es una aceptable en el programa. Recoger temprano a su hijo/a no está permitido a menos que sea pre-aprobado por el Director del Programa.</li> <li>6. Lenguaje vulgar y conducta inapropiada: No se permitirá en el Programa Después de Clases. El respeto se debe dar en todo momento a sus maestros, personal y compañeros.</li> <li>7. No se permiten artículos electrónicos de ningún tipo, incluyendo los teléfonos celulares durante las horas del programa. El Programa Después de Clases no se hace responsable de los artículos perdidos, dañados o robados. Se le pedirá a los padres que vengan a recogerlos.</li> <li>8. A los estudiantes matriculados en el Programa Después de Clases (CAP) no se les permitirá salir de la escuela sin una nota a la maestra o llamada telefónica de los padres.</li> <li>9. A ningún niño en la escuela primaria que este en el Programa Después de Clases se le permite caminar a la casa solo.</li> <li>10. Las ausencias excesivas o el recoger temprano al niño(a) son razón para una reunión obligatoria con el director del programa. El no asistir a esta reunión resultará en la suspensión inmediata y posible expulsión.</li> </ol>
---	--

## CAFETERIA

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. The Carver Center After School Program (CAP) provides a nutritious meal that falls within the guidelines of the CACFP.</li> <li>2. Snacks from home are not permitted. If your child has allergies or dietary needs, please speak to the CAP Site Director.</li> <li>3. Children must clean up after themselves. All garbage must be thrown away.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El Programa Después de Clases del Centro Carver (CAP) ofrece una comida nutritiva que está dentro de las pautas del CACFP.</li> <li>2. No se permiten comidas de la casa. Si su hijo/a tiene alergias o necesidades dietéticas, por favor hable con el director del programa (CAP).</li> <li>3. Los mismos niños deben limpiar después de la comida. Toda la basura debe ser desechada.</li> </ol>
--	--

## AFTER SCHOOL PROGRAM CONTRACT OF AGREEMENT/CONTRATO DE ACUERDO DEL PROGRAM DESPUES DE CLASES

<p>We have provided you with a copy of our rules and regulations. Please read and go over them with your child. Signing the Contract of Agreement below confirms that you and your child have gone over the rules and that you understand what is expected of your child. It is a promise made by you and your child to abide by the rules to the best of your ability.</p> <p>These rules were made to ensure the safety of your child in our After School Program, and your signature will let your child know that you also expect him/her to follow the rules. Thank you for your time and cooperation.</p>	<p>Les hemos proporcionado una copia de nuestras normas y reglamentos. Por favor, lea y compártalas con su hijo(a). Al firmar el Contrato de Acuerdo, usted y su hijo/a confirman que entienden las reglas y lo que se espera de su hijo/a. Es una promesa hecha por usted y su hijo/a a respetar todas las normas en lo mejor de su capacidad.</p> <p>Se hicieron estas reglas para garantizar la seguridad de su hijo/a en nuestro programa y su firma le deja saber a su hijo/a que usted espera que él/ella seguirá las reglas. Gracias por su tiempo y cooperación.</p>
---	--

## PARENT'S PLEDGE / COMPROMISO DE LOS PADRES

We, \_\_\_\_\_, the parents of \_\_\_\_\_, have read and acknowledged the rules and regulations provided by The Carver Center After School Program (CAP). I understand that if our child does not abide by the rules and regulations of the program it could result in suspension or expulsion. Upon signing this contract, we agree to help our child to follow these rules to the best of his/her ability.

Nosotros, \_\_\_\_\_, los padres de \_\_\_\_\_, hemos leído y reconocemos las reglas y regulaciones establecidas por el Programa Después de Clases del Centro Carver (CAP). Entiendo que si nuestro hijo/a no cumple con las reglas y regulaciones del programa, podría resultar en su suspensión o expulsión. Una vez firmado este contrato, estamos de acuerdo para ayudar a nuestro hijo/a a seguir estas reglas en lo mejor de su capacidad.

\_\_\_\_\_  
Parent Signature/Firma del Padre

\_\_\_\_\_  
Date/Fecha

See INSTRUCTIONS on reverse.

**CHILD CARE CENTER NAME:** \_\_\_\_\_

Print the name of the child(ren) enrolled in this child care center:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

**DIRECTIONS:**

**Complete SECTION A if anyone in your household:**

1. Receives Food Stamps
2. Receives Temporary Assistance to Needy Families (TANF)
3. Participates in the Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) OR
4. If any of the children enrolled in this child care center are foster children

**Complete SECTION B if no one in your household** receives Food Stamps, TANF, FDPIR or if none of the children enrolled in the child care center is a foster child.

SECTION A
Food Stamp Case Number _____
TANF Number _____
FDPIR Number _____
Names of Foster Children _____
<p><b>An adult household member must sign the application before it can be approved.</b> After reading the following statement and the statement on the back, sign below.</p> <p>I certify that the above information is true. I understand that the center will get Federal funds based on the information I give.</p> <p>Signature: _____</p> <p>Date: _____</p>
FOR SPONSOR USE ONLY
Sponsor Agreement Number _____
Total Household Members _____ (including foster children, if applicable)
Total Income \$ _____
Free _____ Reduced _____ Paid _____
Date Determined ____ / ____ / ____
Signature of Center Staff _____

SECTION B	
<p>List all household members below. Include yourself and all adults and children NOT listed above, even if they do not receive income. Then list all income received <b>last month</b> in your household in the column to the right. Gross income includes: earnings from work, pensions, retirement, Social Security, child support, foster child's personal income and any other sources of income.</p>	
Name of Household Members	Monthly Gross Income
1. _____	\$ _____
2. _____	\$ _____
3. _____	\$ _____
4. _____	\$ _____
5. _____	\$ _____
6. _____	\$ _____
<p><b>An adult household member must sign the application before it can be approved.</b> After reading the following statement and the statement on the back, sign below.</p> <p>I certify that the above information is true and that all income is reported. I understand that the center will get Federal funds based on the information I give.</p> <p>Signature: _____</p> <p>Print Name: _____</p> <p>SS# <b>XXX-XX-</b>____-____-____ Date: _____</p>	

**Privacy Act Statement:** The Richard B. Russell National School Lunch Act requires the information on this form. You do not have to give the information, but if you do not, we cannot approve the participant for free or reduced-price meals. You must include the last four digits of the Social Security Number of the adult household member who signs the form. The Social Security Number is not required when you apply on behalf of a foster child or you list a Food Stamps, Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) number for the participant or other (FDPIR) identifier or when you indicate that the adult household member signing the form does not have a Social Security Number. We will use your information to determine if the center is eligible for free or reduced-price meal reimbursement and for administration and enforcement of the Program.

### **INSTRUCTIONS FOR COMPLETING DOH-3688**

#### **Definition of Income**

*Income* means income before deductions for income taxes, social security taxes, insurance premiums, charitable contributions, and bonds, etc. It includes the following: (1) monetary compensation for services, including wages, salary, commissions or fees; (2) net income from non-farm self-employment; (3) net income from farm self-employment; (4) Social Security payments; (5) dividends or interest on savings or bonds, income from estates or trusts or net rental income; (6) unemployment compensation; (7) government civilian employee or military retirement, or pensions or veteran's payments; (8) private pensions or annuities; (9) alimony or child support payments; (10) regular contributions from persons not living in the household; (11) net royalties; (12) military benefits received in cash, such as housing allowance except if you are in the Military Housing Privatization Initiative; and (13) any other cash income.

#### **Definition of Household**

Household means *family* as defined in Section 226.2. *Family* means a group of related or non-related individuals who are not residents of an institution or boarding house, but who are living as one economic unit.

#### **Instructions for Parents or Guardians:**

Write in the name of the child care center in the space provided.

Print the name of each child in your household who attends this child care center.

**Section A:** If anyone in your household receives Food Stamps, Temporary Assistance for Needy Families (TANF) or participates in the Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), complete Section A only. Write down the Food Stamp, TANF or FDPIR number (do not use your ACS or DSS child care subsidy number). Then sign and date the form and return it to the day care center.

**Foster children:** If your household includes a foster child who is in child care, write in the names of the foster children.

**Section B:** Complete this section if you did not complete Section A. Write in your name and the names of all other adults and children living in the household, including unrelated people, even if they do not have any income. Do not include the children in child care who are listed at the top of the form.

Enter the amount of income each person received **last month**, before taxes or anything else was taken out. Refer to the Definition of Income and the Definition of Household, above. If any amount last month was more or less than the usual, write in that person's usual income.

The last four digits of the Social Security Number of the adult signing the certification is required. If you do not have a Social Security Number, write *none*. The form must be signed by an adult member of the household.

#### **Instructions for Centers and Sponsors:**

**The For Sponsor Use Only section is to be completed, signed and dated by center or sponsor staff.** The sponsor/center representative must review the income eligibility form and ensure that it is completed as indicated in the instructions above. Then indicate the following:

#### **The Sponsor Agreement Number.**

**Total Household Members** – This item does not have to be completed if the parent completed Section A. Add those indicated in Section B (if completed) to the children enrolled in child care and the number of foster children, if applicable.

**Total Income** – This item does not need to be completed if the parent completed Section A. Indicate the total monthly income as calculated from Section B. If the parent chooses not to disclose income, the form must be categorized as *paid*.

**Free, Reduced or Paid** – Compare the total household income and the total number of household members with the current year's Income Eligibility Guidelines (CACFP-3687) to determine if the household should be categorized as **Free, Reduced or Paid**. Use the appropriate column on the CACFP-3687 to categorize their income. For example, if the parent indicated biweekly income, multiply this amount by 26 to determine yearly income.

Incomplete forms (missing signatures, income information, or Food Stamp, TANF or FDPIR numbers) are categorized in the paid category.

**The income eligibility form is valid until the last day of the month one calendar year from the date it is signed by the household member.** For example, a form signed on May 12, 2011 is valid until May 31, 2012.

Vea las INSTRUCCIONES al dorso.

**NOMBRE DEL CENTRO  
DE CUIDADO DE NIÑOS** \_\_\_\_\_

Escriba en letras de molde el nombre del(los) niño(s) inscrito(s) en este centro de cuidado de niños.

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:**

**Llene la SECCIÓN A si cualquier persona en su hogar:**

1. Recibe cupones para alimentos
2. Recibe Asistencia Temporal para Familias con Necesidades (TANF)
3. Participa en el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) O
4. Si cualquiera de los niños inscritos en este centro son niños de crianza

<b>SECCIÓN A</b>
Número del caso de los cupones para alimentos _____
Número de TANF _____
Número de FDPIR _____
Nombres de los niños de crianza _____
<p><b>Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud antes de que pueda ser aprobada.</b> Después de leer la siguiente declaración y la declaración al dorso, firme en el espacio correspondiente.</p> <p>Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que el centro recibirá fondos federales en base a la información que suministre.</p> <p>Firma: _____</p> <p>Fecha: _____</p>

<b>FOR SPONSOR USE ONLY</b>
Sponsor Agreement Number _____
Total Household Members _____ (including foster children, if applicable)
Total Income \$ _____
Free _____ Reduced _____ Paid _____
Date Determined ____ / ____ / ____
Signature of Center Staff _____

**Llene la SECCIÓN B si ninguna de las personas en su hogar**

recibe cupones para alimentos, TANF, FDPIR o si ninguno de los niños inscritos en el centro es un niño de crianza.

<b>SECCIÓN B</b>	
<p>Enumere a continuación todos los miembros del hogar. Inclúyase usted y a todos los adultos y niños NO enumerados más arriba, aunque no reciban ingresos. Luego, en la columna de la derecha enumere todos los ingresos que su hogar <b>recibió</b> el pasado mes. Los ingresos brutos incluyen: ingresos del trabajo, pensiones, jubilación, Seguro Social, manutención de hijos, ingreso personal del niño de crianza y cualquier otra fuente de ingresos.</p>	
Nombre de los miembros del hogar	Ingreso bruto mensual
1. _____	\$ _____
2. _____	\$ _____
3. _____	\$ _____
4. _____	\$ _____
5. _____	\$ _____
6. _____	\$ _____

**Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud antes de que pueda ser aprobada.** Después de leer la siguiente declaración y la declaración al dorso, firme en el espacio correspondiente.

Certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta y que se han incluido todos los ingresos. Entiendo que el centro recibirá fondos federales en base a la información que suministre.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Nº de SS **XXX-XX-** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Declaración de la Ley de Privacidad:** La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en este formulario. No está obligado(a) a suministrar la información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que el participante reciba comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma el formulario. No es necesario incluir el número de Seguro Social cuando presenta la solicitud en nombre de un niño de crianza o indica el número del caso de los cupones para alimentos, Programa de Asistencia Temporal para Familias con Necesidades (TANF) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) para el participante u otro identificador (FDPIR) ni cuando establece que el miembro adulto del hogar que firma el formulario no tiene un número de Seguro Social. Usaremos la información que nos ofrece para determinar si el centro reúne los requisitos para un reembolso de comidas gratis o a precios reducidos y para la administración y cumplimiento del Programa.

## **INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DOH-3688**

### **Definición de ingresos**

*Ingresos* quiere decir las ganancias económicas antes de ninguna deducción de impuestos sobre la renta, Seguro Social, primas de seguro, donaciones benéficas y bonos, etc. Incluyen lo siguiente: 1) compensación monetaria por servicios, incluidos sueldos, salarios, comisiones u honorarios; (2) ingresos netos de trabajador por cuenta propia no relacionados con una granja; (3) ingresos netos de trabajador por cuenta propia en una granja; (4) pagos del Seguro Social; (5) dividendos o intereses de cuentas de ahorro o bonos, ingresos de propiedad o fondos de inversión o de propiedades en alquiler; (6) compensación por desempleo; (7) jubilación de empleado gubernamental civil o militar o pensiones o pagos a los veteranos; (8) pensiones privadas o rentas vitalicias; (9) pensión alimenticia o pagos de manutención de los hijos; (10) contribuciones habituales de personas que no residen en el hogar; (11) derechos de autor netos; (12) beneficios militares recibidos en efectivo, tales como la asignación para gastos de vivienda, a menos que usted participe en la Iniciativa de Privatización de Vivienda Militar; y (13) cualquier otro ingreso en efectivo.

### **Definición de hogar**

Hogar significa *familia* según se define en la Sección 226.2 *Familia* significa un grupo de personas con parentesco o sin parentesco que no son residentes de una institución o pensión, pero que conviven como unidad económica.

### **Instrucciones para los padres o tutores:**

Escriba el nombre del centro de cuidado de niños en el espacio correspondiente.

Escriba en letras de molde el nombre de cada niño de su hogar que asiste a este centro.

**Sección A:** Si cualquier persona en su hogar recibe cupones para alimentos, Asistencia Temporal para Familias con Necesidades (TANF) o participa en el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), llene solamente la Sección A. Escriba el número del caso de los cupones para alimentos, TANF o FDPIR (no use el número de subsidio para cuidado infantil de la ACS o del DSS). Luego firme y feche el formulario y devuélvalo al centro de cuidado de niños.

**Niños de crianza:** Si su hogar incluye un niño de crianza que recibe cuidado infantil, escriba los nombres de los niños de crianza.

**Sección B:** Llene esta sección si no llenó la Sección A. Escriba su nombre y el nombre de todos los demás adultos y menores que viven en el hogar, incluso personas sin parentesco, aunque no reciban ningún ingreso. No incluya a los niños que asisten al centro de cuidado de niños que se enumeran al comienzo del formulario.

Incluya la cantidad de ingresos que cada persona recibió el **mes pasado**, antes de impuestos y de ninguna deducción. Consulte la definición de ingresos y la definición de hogar, que se indican más arriba. Si alguna cantidad del mes pasado fue más o menos de lo normal, escriba los ingresos normales de esa persona.

Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del adulto que firma la certificación. Si usted no tiene un número de Seguro Social, escriba *none* (ninguno). Un miembro adulto del hogar debe firmar el formulario.

### **Instrucciones para Centros y Patrocinadores:**

**La sección *Para Uso Exclusivo del Patrocinador* debe llenarla, firmarla y fecharla el centro o algún empleado del patrocinador.**

El representante del patrocinador/centro debe revisar la solicitud de elegibilidad por ingresos y asegurarse de que se haya llenado siguiendo las instrucciones mencionadas anteriormente. Después indique lo siguiente:

#### **El número del acuerdo del patrocinador.**

**Total de miembros en el hogar:** No es necesario llenar esta parte si el padre(madre) completó la Sección A. Agregue aquellos enumerados en la Sección B (si se llenó) a los niños inscritos en la centro de cuidado de niños y el número de niños de crianza, si corresponde.

**Ingreso total:** No es necesario llenar esta parte si el padre(madre) llenó la Sección A. Indique el ingreso mensual total según el cálculo en la Sección B. Si el padre(madre) decide no revelar el ingreso, el formulario debe catalogarse como *pagado*.

**Gratis, reducido o pagado:** Compare el total de ingresos del hogar y el número total de miembros en el hogar con los Requisitos de elegibilidad por ingresos (CACFP-3687) del año actual para determinar si su hogar debe catalogarse como **Gratis, Reducido o Pagado**. Use la columna apropiada en el formulario CACFP-3687 para catalogar sus ingresos. Por ejemplo, si el padre(madre) indicó ingresos quincenales, multiplique esta cantidad por 26 para determinar el ingreso anual.

Los formularios incompletos (falta la firma, información sobre ingresos, o el número del caso de los números de cupones para alimentos, TANF o FDPIR) deben catalogarse como pagados.

**El formulario de elegibilidad por ingresos es válido hasta el último día del mes un año calendario desde la fecha en que lo firma el miembro del hogar.** Por ejemplo, un formulario firmado el 12 de mayo de 2011 es válido hasta el 31 de mayo de 2012.