

Information Page

Please keep this page for your records:

- Registration Dates:
 - All registration will take place at Carver Center
 - **Wednesday, February 27th from 6:00- 8:00PM**
 - **Saturday, March 2nd from 10:00AM – 1:00PM**
 - If you cannot attend either registration date, you must make an individual appointment to register with Matt Casey, mcasey@carvercenter.org, (914) 305- 6023 or Shelby Leeds, sleeds@carvercenter.org , (914) 305-6034
- Eligibility
 - Camp is open to children 4 to 13 years old
 - Must be 4 years old by July 1st 2019 with some school experience
- Schedule:
 - Camp runs from Monday, July 1st to Friday, August 9th (No Camp July 4th)
 - Camp is Monday – Friday from 8:00AM to 4:00PM
 - Breakfast is 8:00AM to 8:30AM
 - Late pick up is available from 4:00PM to 5:30PM: Additional \$300 due June 18th
- Payment Information:
 - Cost is \$750 per camper and \$700 for each additional sibling
 - If you pay in full when registering there is a 10% discount: \$675
 - Payment 1
 - Mandatory registration deposit on the day you submit your application
 - \$200
 - Payment 2:
 - **Friday, March 22nd**
 - \$200 due
 - Payment 3
 - **Friday, April 19th**
 - \$200 due
 - Payment 4
 - **Friday, May 17th**
 - \$150 due
 - Campers will not start camp until all payments have been made.
 - **All payment are non-refunable after May 1st, 2019**
- Parent Orientation:
 - There will be a mandatory Camp Orientation for all parents **June 18th, 2019 from 6:00PM to 8:00PM**
 - You will receive your campers t-shirts and bag at this meeting.

For More Information Contact:

Matt Casey (914) 305 – or mcasey@carvercenter.org

Or

Shelby Leeds (914) 305 – 6034 or sleeds@carvercenter.org

Página de Información

Por favor, mantenga esta página para sus registros:

- Fechas de Registro:
 - Todas las inscripciones se relizarán en el Carver Center
 - **Miércoles 27 de febrero de las 6:00PM - 8:00AM**
 - **Sábado 14 de abril de las 10:00AM – 1:00PM**
 - Si no puede asistir a ninguna fecha de registro, debe hacer una cita individual para registrarse con Matt Casey, mcasey@carvercenter.org, (914) 305- 6023 o Shelby Leeds, sleeds@carvercenter.org , (914) 305-6034
- Elegibilidad:
 - El campamento está abierto para niños de 4 a 13 años
 - Debe tener 4 años cumplidos antes del 1 de julio de 2019 **con alguna experiencia escolar**
- Schedule:
 - El campamento se extiende desde el lunes 1 de julio hasta Viernes 9 de Agosto (sin campamento el 4 de julio)
 - El programa es lunes a Viernes de 8:00AM to 4:00PM
 - Desayuno de 8 am to 8:30 am
 - La recogida tarde está disponible desde las 4:00PM hasta las 5:30PM: \$300 adicionales convencimiento el 18 de junio
- Payment Information:
 - El costo es de \$ 750 por campista y \$ 700 por cada hermano adicional
 - Si paga en su totalidad al registrarse, hay un descuento de 10% : \$675
 - Pago 1:
 - Depósito de inscripción obligatorio el día que presente su aplicación
 - \$200 debido
 - Pago 2:
 - **Viernes 22 de marzo**
 - Pago de \$200
 - Pago 3:
 - **Viernes 19 de abril**
 - Pago de \$200
 - Pago 4:
 - **Viernes, 17 de mayo**
 - Pago de \$150
 - Los campistas no comenzarán el campamento hasta que se hayan relizado totos los pagos.
 - **Todos los pagos no son reembolsables después del 1 de mayo de 2019**
- Orientación Para Los Padres:
 - Habrá una orentación de campamento obligatoria para todos los padres **el 18 de junio de 2019 de 6:00PM a 8:00PM**
 - Recibirás las camisetas y el bolso de tus campistas en esta reunión.

For More Information Contact:

Matt Casey (914) 305 – or mcasey@carvercenter.org

Or

Shelby Leeds (914) 305 – 6034 or sleeds@carvercenter.org

Registration Checklist

Child Full Name: _____

Grade in Sept 2019: _____

— Completed Application

— CACFP

— January Report Card

Permission to walk home (If Camper is 11 or older): Yes or No

Physical within 1 year of child's date of birth or Carver Center Physical Form

— Allergies: Yes or No

Type of Allergy: _____

— Current immunization form

— Epi-Pen or Inhaler Form:

Epi Pen: Yes or No

Inhaler: Yes or No

Date of Form Submission (Must be given to Camp Health Office 1 week before camp): _____

Extra T Shirt Order Amount: _____ (x \$7) \$ _____

\$200.00 Mandatory Registration
Deposit

Date: _____ : \$ _____

Payment 2

Date: _____ : \$ _____

Payment 3

Date: _____ : \$ _____

Payment 4

Date: _____ : \$ _____

CAMPER INFORMATION/ INFORMACIÓN DEL CAMPER

Child's Name _____, _____, _____
 Nombre del Niño(a) _____ (Last/ Apellido) _____ (First/ Primer nombre) _____ (Middle/ Segundo nombre)

Gender: _____ Male/ Masculino Date of Birth: _____ Age: _____ **Grade (entering in Sept. 2019):**
 Género _____ Female/ Femenino Fecha de nacimiento _____ Edad _____ **Grado (entrar en Septiembre 2019)**
 _____ / _____ / _____ _____ _____

Name of School or Daycare _____
 Nombre de la escuela o de la guardería infantil: _____

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

Home Phone: _____ Emergency Phone: _____
 Tel. de Casa () _____ - _____ Teléfono de Emergencia () _____ - _____
 *Where parent can be reachable at all times / Donde padres puedan ser contactados en cualquier momento

Main language spoken at home _____
 Idioma principal que se habla en la casa _____

Ethnicity :
 Raza:
 _____ Multi-race/ Multi Raza _____ Black (Non-Hispanic)/ Negro (no Latino) _____ Latino _____ Other/ Otro
 _____ Native American/ Americano Indígena _____ Asian/ Asiático _____ White (Non-Hispanic)/ Blanco (no Latino)

Did your child receive free or reduced lunch during the 2016-2017 school year? **Please check one:**
 ¿Su hijo(a) recibe almuerzo gratis o a precio reducido durante el año escolar 2016-2017? Free: _____ Reduced: _____ Neither: _____
 Gratis _____ Reducido _____ Ninguno _____

PARENT OR GUARDIAN INFORMATION 1 / INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR 1

Parent or Guardian (Emergency Contact) / Padre o Tutor (Contacto de Emergencia)

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) _____ (Apt. #)
 _____ (City/ Ciudad) _____ (State/ Estado) _____ (Zip Code/ Código Postal)

Home Phone: _____ Cell Phone: _____
 Tel. de Casa () _____ - _____ Tel. Celular () _____ - _____

E-mail/ Correo electrónico: _____

Parent/Guardian is allowed to pick up child? ¿Los padres o tutor pueden retirar al niño/a? Yes ___ No ___

PARENT OR GUARDIAN INFORMATION 2 / INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR 2

Parent or Guardian (Emergency Contact) / Padre o Tutor (Contacto de Emergencia)

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) _____ (Apt. #)
 _____ (City/ Ciudad) _____ (State/ Estado) _____ (Zip Code/ Código Postal)

Home Phone: _____ Cell Phone: _____
 Tel. de Casa () _____ - _____ Tel. Celular () _____ - _____

E-mail/ Correo electrónico: _____

Parent/Guardian is allowed to pick up child? ¿Los padres o tutor pueden retirar al niño/a? Yes ___ No ___

SIBLINGS/ HERMANOS: List all siblings also enrolled in the Carver Center Camp Carver / Lista de hermanos inscritos en el Campamento Carver en el Centro de Carver

Name: _____ Age: _____

Name: _____ Age: _____

Name: _____ Age: _____

EMERGENCY CONTACTS / CONTACTOS DE EMERGENCIA

*Adult (18 or older) **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 (mayores de 18 años) que **no sea el padre/tutor** que puedan recoger o retirar al niño del programa en caso de una emergencia. Al menos 2 deben llenarse para que el estudiante se pueda inscribir.

1. Name: _____ Relation to child: _____
Nombre Relación con el niño/a

Home Tel. _____ Cell Tel. _____
Tel. de Casa Tel. Celular

Address/Domicilio: _____

2. Name: _____ Relation to child: _____
Nombre Relación con el niño/a

Home Tel. _____ Cell Tel. _____
Tel. de Casa Tel. Celular

Address/Domicilio: _____

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

*Adult (18 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 Carver staff 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 (mayores de 18 años) que **no sea el padre/tutor** que puedan recoger o retirar al niño del programa. **Al menos 2 deben llenarse para que el estudiante se pueda inscribir.** Usted debe llamar a Carver para notificarle al personal si una persona que no está en la lista recogerá a su niño del programa. A esa persona se le pedirá una identificación con foto.

1. Name: _____ Relation to child: _____
Nombre Relación con el niño/a

Home Tel.: _____ Cell Tel.: _____
Tel. de Casa Tel. Celular

Address/Domicilio: _____

2. Name: _____ Relation to child: _____
Nombre Relación con el niño/a

Home Tel.: _____ Cell Tel.: _____
Tel. de Casa Tel. Celular

Address/Domicilio: _____

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

Please list any medical conditions or food and medication allergies that can affect your child's participation in the Camp Carver.

Por favor escriba todas condiciones médicas o alergias a alimentos y medicamentos que puedan afectar en la participación de su hijo en el Campamento Carver.

Does your child use an inhaler? Yes/ Sí _____ No/ No _____
¿Usa su hijo(a) un inhalador?

Does your child require an epi-pen? Yes/ Sí _____ No/ No _____
¿Su hijo(a) requiere un epi -pen?

AUTHORIZATION/ MEDICAL STATEMENT

I, _____, hereby authorize the Carver Center to have under its care my child and declare the Carver Center Camp Carver exempt of any legal liability during activities in which my child will participate.

In case there is an emergency, I give my consent for Carver Center Staff to provide first aide 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

Date

AUTORIZACIÓN / DECLARACIÓN MÉDICA

Yo, _____, autorizo a Carver Center a tener bajo su cuidado a mi hijo(a) y declaro al Campamento Carver del Centro de Carver exento de cualquier responsabilidad legal durante las actividades en las que participará mi hijo.

En caso de que haya una emergencia, doy mi consentimiento para que mi hijo(a) sea llevado al hospital/sala de emergencia más cercano o que un doctor le administre el tratamiento médico necesario para estabilizar a mi hijo(a). Entiendo que se hará todo lo posible para ponerse en contacto conmigo antes de tomar cualquier acción.

Firma del Padre

Fecha

MEDICAL AND MENTAL HEALTH CONSENT

We are committed to the health and well-being of our campers. Our team includes a Health Practitioner and Social Worker who provide physical and mental health support to all enrolled in our program. We focus on making sure our campers are well cared for physically and emotionally, and believe that total wellness contributes to a healthy camp climate.

I understand that Carver Center is committed to the health and well-being of my child and hereby authorize the Carver Center to have under its care my child and declare the Carver Center: Camp Carver exempt of any legal liability during activities in which my child participates.

In the case of 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 and/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

Date

CONSENTIMIENTO MÉDICO Y DE SALÚD MENTAL

Estamos comprometidos con la salud y el bienestar de nuestros campistas. Nuestro equipo incluye un profesional de la salud y un trabajador social que brindan apoyo de salud física y mental a todos los inscritos en nuestro programa. Nos enfocamos en asegurarnos de que nuestros campistas estén bien cuidados física y emocionalmente y creemos que el bienestar total contribuye a un ambiente de campamento saludable.

Entiendo que el Centro Carver está comprometido con la salud y el bienestar de mi hijo y autorizo al Centro Carver a tener bajo su cuidado a mi hijo y declaro exento de cualquier responsabilidad legal durante las actividades en las que mi hijo participe.

En caso de una emergencia, doy mi consentimiento para que el personal del Centro Carver brinde primeros auxilios y apoyo de salud mental y / o lleve a mi hijo/a a la sala de emergencias / hospital más cercano y / o haga que el doctor administre el tratamiento médico necesario para estabilizar a mi hijo/a . Entiendo que se hará todo lo posible para contactarme antes de tomar cualquier medida.

Firma del Padre

Fecha

Camper Physical Form

Child Name: _____ Birth Date: _____ Date of Exam: _____

Physical Exam

Height _____ Weight _____ BMI _____ Pulse _____ Blood Pressure _____

	Normal	Describe Abnormal	Physical	Normal	Describe Abnormal
Neurologic			Neck		
Gross Dental			Shoulders		
Heart			Arms/Hands		
Lungs			Hips		
Abdomen			Knees		
Skin			Feet/Ankles		

Child is physically qualified for all physical education, sports, playground, and swimming activities.

Vision Screening Type: _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Glasses Needed <input type="checkbox"/> Referral Made	Auditory Screening Type: _____ <u>Right</u> <u>Left</u> <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Referral Made	History of Lead Level ≥ 5µ/dL <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Speech Development <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Referral Made
---	--	---

TB: High- risk group? No Yes PPD date read: _____ Results: _____ Treatment: _____

Immunizations: MUST HAVE IMMUNIZATION RECORD ATTACHED Up to date or catch-up schedule

Allergies : No Yes **List Allergies:** _____

History of Anaphylaxis: No Yes: *If yes please provide a copy of the Anaphylaxis Plan* **Epi Pen:** No Yes

Asthma: No Yes: Intermittent Mild Persistent Moderate Persistent Severe Persistent Exercise Induced

If yes please provide a copy of the Asthma Action Plan

Diabetes: No Yes: Type I Type II **Other Chronic Disease:** _____

Seizures: No Yes, type: _____

This student has a developmental, emotional, behavioral, or psychiatric condition that may affect his or her educational experience.

Explain: _____

Daily Medications (Specify): _____

Signature of health care provider/ MD/DO/ NP/ PA	Date Signed	Printed/ Stamped Provider Name and Phone Number
--	-------------	--

PERSONAL RELEASE FORM

I, _____, of legal age*, do irrevocably consent to the use of my child's likeness and/or voice by the Carver Center 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 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 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 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 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 Carver Center para el propósito de producción/ presentación, que puede realizarse en cualquier forma de los medios de comunicación existentes en la actualidad o desarrollados en el futuro. Además, consiento que el Carver Center 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 Centro de Carver 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 Centro de Carver 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 al Centro de Carver 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 concedidos en este comunicado serán vinculantes sobre mi estado, herederos y asignados. Este comunicado se registrará por las leyes del Estado de Nueva York sin dar efecto a los principios de los conflictos de leyes de este estado.

*Parent/ Guardian's Signature if individual under legal age. Firma del padre/tutor en caso de que el individuo sea menor de edad.

Firma: _____ Nombre en letra imprenta: _____ Fecha: _____

PARENT/ GUARDIAN RELEASE

I hereby agree to release, indemnify and hold harmless the Carver Center (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 Carver Center, 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, Carver Center, 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 Centro de Carver (Port Chester Carver Center), ubicado en el 400 Westchester Avenue, Port Chester, Nueva York 10573 , a 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 o están asociados con o como resultado de un accidente o lesión que involucre a _____ (nombre del niño) y que están relacionados con 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 un 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 de 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 del Centro de 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", el Centro de 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 reconozco que leí, entendí y estoy de acuerdo con todos los términos e información que contiene este formulario.

Firma: _____ Nombre en letra imprenta: _____ Fecha: _____

RULES AND REGULATIONS / REGLAS Y REGULACIONES

<ol style="list-style-type: none"> 1. Port Chester – Rye Union Free School District code of conduct applies. 2. Fighting/Bullying will not be tolerated in Camp Carver. 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 will result in consequences up to and including suspension. 3. Stealing: If you are caught stealing, it will result in possible suspension and possible expulsion. 4. Graffiti: Damaging or writing on Carver Center property will result in automatic suspension. 5. Vulgar Language: will not be permitted in the Camp Carver. Respect must be given at all times to your Teachers, staff, and fellow students. 6. No electronic devices of any kind are allowed to be used during program hours. The Camp Carver will not be held responsible for any lost, damaged or stolen items. 7. Students enrolled in the Camp Carver will not be allowed to leave the Carver Center until 4:00 p.m., without a note or phone call from parent. 8. Only children entering middle school and older are allowed to walk home alone. 9. All children are expected to wear a Carver Center Camp Carver t-shirt during program hours. 10. Children are to wear closed toe shoes. No sandals or flip flops permitted. 11. Children are not permitted to leave the Care of Carver Camp staff during program hours including field trips, Garabaldi park, ect. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El código de conducta de Port Chester – Rye Union Free School District se aplica. 2. Peleas/intimidación no serán toleradas en el Campamento Carver. Si alguien te golpea o eres víctima de intimidación, debes informar inmediatamente a tu profesor o el personal. Si tomas represalias, tú y la persona que cometió el delito serán suspendidos automáticamente. 3. Robar: Si te pillan robando, resultará en la suspensión inmediata y posible expulsión. 4. Graffiti: Dañar o escribir en la propiedad del Centro de Carver dará lugar a la suspensión automática. 5. Lenguaje vulgar: No se permitirá en El Campamento Carver. El respeto se debe dar en todo momento a sus maestros, personal y compañeros. 6. No se permiten objetos electrónicos de ningún tipo durante las horas del programa. El Campamento Carver no se hace responsable de los artículos perdidos, dañados o robados. 7. A los estudiantes matriculados en el Campamento Carver no se les permite salir del Centro de Carver antes de las 4:00 pm sin una nota a la maestra o llamada telefónica de parte de los padres. 8. Solo los niños de 12 años en adelante pueden caminar solos a sus casas. 9. Se espera que todos los niños/as vestan la camiseta del Campamento Carver del Centro de Carver durante las horas del programa. 10. Los niños deben usar zapatos con punta cerrada. No se permiten sandalias ni chanclas. 11. No se les permite a los niños dehar el personal de Camp Carver durnate las horas de programa incluidas las excursiones, el parque Garabaldi, ect.
---	--

CAFETERIA

<ol style="list-style-type: none"> 1. The Carver Center Camp Carver provides nutritious meals that fall within the guidelines of the CACFP. 2. Food from home is not permitted. If your child has allergies or dietary needs, please speak to the Camp Carver Director. 3. Children must clean up after themselves. All garbage must be thrown away. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El Campamento Carver del Centro de Carver ofrece comidas nutritivas que están dentro de las pautas del CACFP. 2. No se permite comida de la casa. Si su hijo/a tiene alergias o necesidades dietéticas, por favor hable con el director del Campamento Carver. 3. Los niños deben limpiar ellos mismos después de comer. Toda la basura debe ser desechada.
---	--

We, _____, the parents of _____, have read and acknowledged the rules and regulations provided by the Carver Center Camp Carver. I have received the parent handbook and agree to the rules and regulations written within. I understand that if our child does not abide by the rules and regulations of the program he/she may be suspended or terminated from the program and no refund will be given.

Nosotros, _____, los padres de _____, hemos leído y reconocido las reglas y regulaciones establecidas por el Campamento Carver del Centro de Carver. He recibido el manual para padres y acepto las reglas y regulaciones escritas dentro. Entiendo que si nuestro hijo(a) no cumple con las reglas y regulaciones del programa, podría resultar en suspensión o en la expulsión y no habrá devoluciones del dinero.

I have read the rules and regulations of the Carver Center Camp Carver and agree to follow these rules

He leído las reglas y regulaciones del Campamento Carver del Centro de Carver y estoy de acuerdo de seguir estas reglas

Parent Signature
Firma del Padre

Date
Fecha

TRIP PERMISSION

I hereby give permission for my child _____ to attend and participate in all offsite activities (i.e. field trips, activities at Garibaldi Park, trips to the library, etc.) that have been scheduled by the Carver Center Camp Carver. Children younger than 5 will take local trips that do not require bussing.

Signature: _____ Print Name: _____ Date: _____

PERMISO PARA LOS PASEOS

Por la presente le doy permiso a mi hijo/a _____ para que asista y participe de actividades de afuera (por ejemplo: paseos, actividades en el parque Garibaldi, viajes a la biblioteca, etc.) los cuales son programados por el Campamento Carver del Centro de Carver. Los niños menores de 5 años tomarán viajes locales que no requieren transporte.

Firma: _____ Su nombre en letra imprenta: _____ Fecha: _____

PERMISSION TO SWIM (AGES 5 AND UP ONLY)

I give permission for my child, who is 5 years of age or older, to participate in swim at Carver Center and understand s/he will be under the supervision of certified lifeguards and other Carver staff at all times.

Child's Name: _____

Child's Age: _____

Parent Signature: _____

Date: _____

PERMISO PARA NADAR (SOLO MAYORES DE 5 AÑOS DE EDAD)

Doy permiso para que mi hijo, que tiene 5 años o más, participe en natación en Carver Center y entienda que estará bajo la supervisión de salvavidas certificados y otro personal de Carver en todo momento.

El Nombre del Niño: _____

La Edad del Niño: _____

Firma de los Padres: _____

Fecha: _____

PERMISSION TO APPLY SUNSCREEN

My child _____ is permitted to carry and use topical sunscreen products approved by the federal Food and Drug Administration for over-the-counter use for the purpose of avoiding overexposure to the sun. If my child is unable to physically apply sunscreen s/he may be assisted by unlicensed personnel authorized by the camp when directed to do so by the child.

Parent Name (Print): _____ Date: _____

Parent Signature: _____

PERMISO PARA APLICAR PROTECTOR SOLAR

Mi hijo/a _____ esta autorizado para llevar y usar productos tópicos para la protección solar aprobados por la Administración Federal de Productos y Medicamentos (FFDA por sus siglas en inglés) y usarlos sin receta con el propósito de protegerse contra la sobreexposición solar. Si mi hijo/a no está habilitado físicamente para aplicarse el protector solar él o ella podrá ser asistido/a por personal autorizado sin licencia del campamento cuando el niño / a lo indique.

Nombre del padre o madre (letra imprenta): _____ Fecha: _____

Firma del padre o madre: _____

PERMISSION TO APPLY INSECT REPELLENT

My child _____ is permitted to carry and use topical insect repellent approved by the federal Food and Drug Administration for over-the-counter use for the purpose of avoiding insect bites. If my child is unable to physically apply repellent s/he may be assisted by unlicensed personnel authorized by the camp when directed to do so by the child.

Parent Name (Print): _____ Date: _____

Parent Signature: _____

PERMISO PARA APLICAR REPELENTE DE INSECTOS

A mi hijo _____ le está permitido llevar y usar repelente de insectos tópico aprobado por la Administración Federal de Alimentos y Fármacos (FFDA por sus siglas en inglés) para su venta sin receta con el propósito de evitar las picaduras de insectos. Si mi hijo no puede aplicar repelente físico, puede ser asistido por personal sin licencia autorizado por el campamento cuando así se lo indique el niño/a.

Nombre del padre o madre (letra imprenta): _____ Fecha: _____

Firma del padre o madre: _____

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Child and Adult Care Food Program

Income Eligibility Form for Child Care Centers

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. Participates in the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
2. Receives Temporary Assistance to Needy Families (TANF)
3. Participates in the Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) OR
4. Is a foster child

SECTION A

SNAP Case # _____

TANF # _____

FDPIR # _____

Names of _____
Foster Children _____

An adult household member must sign the application before it can be approved. After reading the following statement and the statement on the back, sign below.

I certify that the above information is true. I understand that the center will get Federal funds based on the information I give.

Signature _____

Date _____

FOR SPONSOR USE ONLY

CACFP Agreement # _____

Total Number of Household Members _____
(INCLUDING FOSTER CHILDREN, IF APPLICABLE)

Total Household Income \$ _____

Free _____ Reduced _____ Paid _____

Date of Determination _____

Signature of _____
Center Staff _____

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

SECTION B

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 **last month** 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.

HOUSEHOLD MEMBER NAME	MONTHLY GROSS SALARY
1. _____	\$ _____
2. _____	\$ _____
3. _____	\$ _____
4. _____	\$ _____
5. _____	\$ _____
6. _____	\$ _____
7. _____	\$ _____

An adult household member must sign the application before it can be approved. After reading the following statement and the statement on the back, sign below.

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.

Signature _____

Print Name _____

LAST FOUR (4) DIGITS OF SOCIAL SECURITY NUMBER

DATE _____

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; provide a SNAP, TANF or FDPIR number; 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 participates in the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), receives Temporary Assistance for Needy Families (TANF) or participates in the Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), complete Section A only. Write down the SNAP, 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 CACFP Agreement Number.

Total Number of 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 Household 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*.

Number of 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, last four digits of Social Security Number or SNAP, 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, 2014 is valid until May 31, 2015.

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL ESTADO DE NUEVA YORK
Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos

Formulario de Elegibilidad de Ingresos para los Centros de Cuidado infantil

Consulte las INSTRUCCIONES en el reverso.

NOMBRE DEL CENTRO DE CUIDADO INFANTIL _____

Escriba en letra de molde el nombre del niño inscrito en este centro de cuidado infantil

1. _____ 2. _____ 3. _____

INSTRUCCIONES

Complete la SECCIÓN A si alguien en su grupo familiar

- Participa en el Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (Programa de asistencia nutricional suplementaria)
- Recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance to Needy Families, TANF)
- Participa en el Programa de Distribución de Alimentos a Reservas Indias (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR), O
- Es un niño en cuidado temporal

SECCIÓN A

N.º de caso SNAP (SNAP Case #) _____

N.º TANF (TANF #) _____

N.º FDIPIR (FDPIR #) _____

Nombres de _____
Niños en cuidado temporal _____

Un adulto de su grupo familiar debe firmar la solicitud antes de que se pueda aprobar. Después de leer la siguiente declaración y la declaración en el reverso, firme a continuación.

Yo certifico que la información anterior es verdadera. Yo entiendo que el centro obtendrá los fondos federales con base en la información que proporciono.

Firma _____

Fecha _____

FOR SPONSOR USE ONLY

CACFP Agreement # _____
Total Number of Household Members _____
(INCLUDING FOSTER CHILDREN, IF APPLICABLE)
Total Household Income \$ _____
Free _____ Reduced _____ Paid _____
Date of Determination _____
Signature of
Center Staff _____

Complete la SECCIÓN B si nadie en su grupo familiar participa en SNAP, recibe TANF, participa en FDIPIR o si ninguno de los niños inscritos en el centro de cuidado infantil es un niño en cuidado temporal.

SECCIÓN B

Enumere todos los miembros del grupo a continuación. Inclúyase a usted y a todos los adultos y niños que NO se indican anteriormente, aún si no reciben ingresos. Luego, enumere todos los ingresos recibidos el **mes pasado** en su grupo familiar en la columna a la derecha. El ingreso bruto incluye: ingresos del trabajo, pensiones, jubilación, Seguro Social, manutención infantil, ingresos personales por niño bajo cuidado temporal y cualquier otra fuente de ingresos.

NOMBRE DEL MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR	INGRESO BRUTO MENSUAL
1. _____	\$ _____
2. _____	\$ _____
3. _____	\$ _____
4. _____	\$ _____
5. _____	\$ _____
6. _____	\$ _____
7. _____	\$ _____

Un adulto de su grupo familiar debe firmar la solicitud antes de que se pueda aprobar. Después de leer la siguiente declaración y la declaración en el reverso, firme a continuación.

Yo certifico que la información anterior es verdadera y que todos los ingresos se han reportado. Yo entiendo que el centro obtendrá los fondos federales con base en la información que proporciono.

Firma _____

Nombre en letra de molde _____

ÚLTIMOS CUATRO (4) DÍGITOS DE NÚMERO DE SEGURO SOCIAL FECHA _____

USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Declaración de la Ley de Privacidad: La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en este formulario. No tiene que proporcionar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar al participante para comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social del miembro adulto del grupo familiar que firma el formulario. El Número de Seguro Social no es necesario cuando: solicita en nombre de un niño en cuidado temporal; proporciona un número SNAP, TANF o FDIPIR; o cuando indica que el adulto del grupo familiar que firma el formulario no tiene un Número de seguro social. Usaremos su información para determinar si el centro es elegible para reembolso por comidas gratuitas o a precio reducido y para la administración y el cumplimiento del Programa.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR DOH-3688

Definición de los ingresos

Ingresos significa el ingreso antes de las deducciones de impuestos sobre la renta, impuestos del Seguro Social, primas del seguro, contribuciones a la beneficencia y bonos, etc. Esto incluye lo siguiente: (1) compensación monetaria por servicios, incluyendo sueldos, salarios, comisiones u honorarios; (2) ingreso neto de auto empleo no agrícola; (3) ingreso neto de auto empleo agrícola; (4) pagos del seguro social; (5) dividendos o intereses sobre ahorros o bonos, ingresos derivados de bienes o fideicomisos o de rentas netas; (6) compensación por desempleo; (7) empleado civil del gobierno o jubilación militar, o pensiones o pagos a veteranos; (8) pensiones o anualidades privadas; (9) pagos de pensión alimenticia o manutención infantil; (10) contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar; (11) regalías netas; (12) beneficios militares recibidos en efectivo, como subsidio para vivienda si usted se encuentra dentro de la Iniciativa de Privatización Militar de Vivienda; y (13) cualquier otro ingreso en efectivo.

Definición del grupo familiar

Grupo familiar significa *familia*, según se define en la Sección 226.2. *Familia* significa un grupo de personas relacionadas o no relacionadas que no son residentes de una vivienda institucional o temporal, pero que viven como una unidad económica.

INSTRUCCIONES PARA LOS PADRES O TUTORES

Escriba el nombre del centro de cuidado infantil en el espacio que se proporciona.

Escriba en letra de molde el nombre de cada niño en su grupo familiar que asista a este centro de cuidado infantil.

Sección A: si alguien en su grupo familiar participa en el Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o participa en el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR), complete la Sección A solamente. Anote el número SNAP, TANF o FDIPIR (no use su número de subsidio de cuidado infantil ACS o DSS). Luego, firme y coloque la fecha en el formulario y devuélvalo a la guardería.

Niños en cuidado temporal: si su grupo familiar incluye un niño en cuidado temporal que esté en cuidado infantil, escriba los nombres de los niños en cuidado temporal.

Sección B: complete esta sección si no completa la Sección A. Escriba su nombre y los nombres de todos los otros adultos y niños que viven en el grupo familiar, incluyendo personas no relacionadas, aún si no tienen ningún ingreso. No incluya a los niños en cuidado infantil que se encuentran en la parte superior del formulario.

Ingrese el monto de los ingresos que cada persona recibió el **mes pasado**, antes de impuestos o cualquier otra cosa que se haya deducido. Consulte la Definición de Ingresos y la Definición de Grupo Familiar, anteriormente. Si cualquier monto del mes pasado fue superior o inferior al usual, escríbalo en el ingreso normal de esa persona.

Los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social del adulto que firma la certificación son obligatorios. Si no tiene un Número de Seguro Social, no escriba *ninguno*. El formulario lo debe firmar un miembro adulto del grupo familiar.

INSTRUCCIONES PARA CENTROS Y PATROCINADORES

La sección ***Solo para uso del patrocinador*** la debe completar, firmar y fechar el personal del centro o el patrocinador. El representante del patrocinador/centro debe revisar el formulario de elegibilidad de ingresos y asegurarse de que esté completo según se indica en las instrucciones anteriores. Luego indique lo siguiente:

Número de Acuerdo CACFP.

Número total de miembros en el grupo familiar: este inciso no tiene que completarse si el padre completó la Sección A. Agregue a los que se indica en la Sección B (si la completó) a los niños inscritos en cuidado infantil y el número de niños en cuidado temporal, si aplica.

Ingresos totales del grupo familiar: este inciso no tiene que completarse si el padre completó la Sección A. Indique los ingresos totales mensuales según se calcula en la Sección B. Si el padre elige no divulgar los ingresos, el formulario se debe clasificar como **pagado**.

Número gratuito, reducido o pagado: compare los ingresos totales del grupo familiar y el número total de miembros del grupo familiar con las Pautas de Elegibilidad de Ingresos del año actual (CACFP-3687) para determinar si el grupo familiar deberá clasificarse como **Gratis, Reducido o Pagado**. Utilice la columna apropiada en CACFP-3687 para clasificar sus ingresos. Por ejemplo, si el padre indicó un ingreso quincenal, multiplique ese monto por 26 para determinar el ingreso anual.

Los formularios incompletos (sin firma, sin información sobre los ingresos, sin los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social o números de SNAP, TANF o FDIPIR) se clasifican en la categoría de pagado.

El formulario de elegibilidad de ingresos es válido hasta el último día del mes un año calendario después de la fecha en que lo firma el miembro del grupo familiar. Por ejemplo, un formulario firmado el 12 de mayo de 2014, es válido hasta el 31 de mayo de 2015.

CAMP CARVER SHIRT ORDER FORM

All children are expected to wear the green Carver Center Camp Carver T-Shirt during program hours. 2 free shirts will be given to all Camp Carver children. Please indicate your child's shirt size below. Any additional shirts may be purchased for \$7.00 each. Money for additional shirts will be collected at the time of registration. **Please make sure that this is the accurate size for your child as we order the shirts based on specific request.**

Please circle your choice:

Shirt Sizes

Youth Size: X Small Small Medium Large XLarge

Adult Size: Small Medium

Extra Shirts: 0 1 2 3 4 5

Todos los niños/as deben usar la camiseta verde del Campamento Carver del Centro de Carver durante las horas del programa. Se les dará dos camiseta gratis a cada niño/a del programa. Por favor indique el número de talla de camiseta que usa su hijo/a. Si desea camisetas adicionales, estas deberán comprarse a \$7.00 cada una. El dinero para las camisetas adicionales se cobrará al momento de registrarse. **Asegúrese de que este sea tamaño exacto para su hijo, ya que ordenamos las camisetas según el tamaño que usted solicita.**

Por favor marque con un círculo su elección:

Tallas de las camisetas

Tallas de niños: Extra Pequeña Pequeña Mediano Grande Extra Grande

Tallas de adultos: Pequeña Mediano

Camisetas adicionales: 0 1 2 3 4 5