

Registration Checklist

You must submit the following documents for your application to be accepted
Debe presentar los siguientes documentos para que su application sea aceptada

1. Completed Application (Circle one) Yes No
Application completada

2. Permission to walk home (Circle one) Yes No
Permiso para irse caminando a la casa

3. Physical within 1 year of child's date of birth Date of Physical: _____
Físico dentro de 1 año de la fecha de nacimiento del niño

4. Current Immunization form (Circle one) Yes No
Formulario de vacunación actual

5. Child's health/ Medical information
Salud / información médica del niño
 - Allergies: NO YES: _____
 - Epi – Pen: NO YES
 - Inhaler: NO YES
 - Medication: NO YES _____

 - Doctor form for Epi-Pen Inhaler: _____

Completed By: _____ Date: _____



STUDENT INFORMATION/ INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Child's Name _____ , _____ , _____ <i>Nombre del Niño(a)</i> (Last/ Apellido) (First/ Primer Nombre) (Middle/ Segundo Nombre)			
Gender _____ Male/ Masculino Género _____ Female/ Femenino		Date of Birth: ____/____/____ Fecha de nacimiento	
Age: _____ Edad			
Grade (as of September 2019) / Grado (a partir de Septiembre 2019): _____			
Home Address Domicilio		_____ (Number and Street/ Número y Calle) (Apt. #)	
_____ (City/ Ciudad)		_____ (State/ Estado) (Zip Code/ Código Postal)	
Home Phone: () _____ - _____ Tel. de la Casa		Emergency Phone: () _____ - _____ Teléfono de Emergencia *Where parent can be reachable at all times / En donde los padres puedan ser ubicados en todo 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 _____ White (Non-Hispanic)/ Blanco (no Latino) _____ Native American/ Americano Indígena _____ Asian/ Asiático	
Did your child receive free or reduced lunch during the 2017-2018 school year? ¿Su hijo(a) recibe almuerzo gratis o a precio reducido durante el año escolar 2016-2017?			
		Please check one: 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 2018: _____
 Grado a partir de Septiembre 2018

Name: _____
 Nombre

Entering Grade as of September 2018: _____
 Grado a partir de Septiembre 2018

Name: _____
 Nombre

Entering Grade as of September 2018: _____
 Grado a partir de Septiembre 2018



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.



Carver After School Program

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: _____ 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: _____

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

Home Tel. _____ Cell Tel. _____
 Tel. de Casa 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: _____ Relation to child: _____
 Nombre Relación con el niño/a

Home Tel. _____ Cell Tel. _____
 Tel. de la casa Tel. celular

Address/Domicilio: _____

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

Home Tel. _____ Cell Tel. _____
 Tel. de la casa Tel. celular

Address/Domicilio: _____



Carver After School Program

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



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 registrá 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: _____



RULES AND REGULATIONS / REGLAS Y REGULACIONES

Carver After School Program

Port Chester – Rye Union Free School District code of conduct applies.
 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.
 Stealing: If you are caught stealing, it will result in immediate suspension and possible expulsion.
 Graffiti: Damaging or writing on Carver Center and/or Port Chester Public School property will result in automatic suspension.
 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.
 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.
 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.
 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.
 No child in the elementary school CAP is allowed to walk home alone.
 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.

Se aplica el código de conducta de Port Chester – Rye Union Free del Distrito Escolar.
 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.
 Robar: Si te pillan robando, resultará en la suspensión inmediata y posible expulsión.
 Graffiti: Dañar o escribir en el Centro y/o propiedades de las escuelas públicas de Port Chester, dará lugar a la suspensión automática.
 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.
 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.
 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.
 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.
 A ningún niño en la escuela primaria que este en el Programa Después de Clases se le permite caminar a la casa solo.
 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.

CAFETERIA

The Carver Center After School Program (CAP) provides a nutritious meal that falls within the guidelines of the CACFP.
 Snacks from home are not permitted. If your child has allergies or dietary needs, please speak to the CAP Site Director.
 Children must clean up after themselves. All garbage must be thrown away.

El Programa Después de Clases del Centro Carver (CAP) ofrece una comida nutritiva que está dentro de las pautas del CACFP.
 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).
 Los mismos niños deben limpiar después de la comida. Toda la basura debe ser desechada.

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

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.

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.

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.

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.

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



TRANSPORTATION WAIVER

I, _____, give permission for my child to be transported in a school bus, Carver Center van, or by walking 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, en un furgón del Centro Carver, o para caminar hacia y desde las actividades de CAP del Centro Carver.

Firma del padre

Fecha

Permisson To Swim

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.

Childs Name _____

Childs Age _____

Parent Signature _____

Date _____

Permiso Para Nadar

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.

Nombre de niño (a) _____

Edad de niño(a) _____

Firmar de Padre _____

Fecha _____



GARABALDI AUTHORIZATION

I, _____, give permission for my child to walk to and from Garabali Park.

Signature of Parent

Date

AUTORIZACIÓN DE GARABALDI

Yo, _____, doy permiso para que mi hijo/a caminar hacia y desde el parque Garabaldi.

Firma del padre

Fecha

PARENTAL PERMISSION TO WALK HOME

I _____ allow my child _____ currently in grade **6 / 7 / 8**
(Parent Name) (Child Name)

permission to leave the CAP from either PCMS or The Carver Center to walk home.

I understand that my child will leave The Carver Center at 5:40 p.m. each day. I further understand that I take full responsibility for him/her to walk home at that time and release Carver Center from any further responsibilities once he/she leaves the premises The Carver Center. Finally, I know that my child will not be allowed to take any other younger children with him/her even if they are siblings or other relatives.

Parent Signature

Shelby Leeds
Director of the CAP Middle School Program

PERMISO DE LOS PADRES PARA IRSE CAMINANDO A LA CASA

Yo _____ le doy permiso a mi hijo/a _____ cursando el grado **6 / 7 / 8**
(Nombre de los padres) (Nombre del estudiante)

para que se vaya caminando a la casa cuando salga del programa después de clases (CAP) ya sea desde el Centro Carver.

Yo entiendo que mi hijo/a saldrá diariamente del Centro Carver a las 5:40 p.m. Adicionalmente entiendo que yo tomo completa responsabilidad por él/ella para que camine a la casa y con esto libero al Centro Carver de cualquier otras responsabilidades una vez que él/ella haya salido del edificio del Centro Carver. Finalmente, yo se que a mi hijo/a no se le permitirá salir con otros niños menores aún así sean sus hermanos o familiares.

Firma de los padres

Shelby Leeds
Directora de Programa de CAP Middle School



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 Carver Center After School Program

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 _____

USDA is an equal opportunity provider and employer.

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.