


FOR FRONT DESK USE ONLY:

Paid in Full Date: _____

Receipt number: _____

Received by Carver Staff:

 (Name)

Registration Form

Formulario de inscripción

Cost: \$40 for 6 Sessions

Dates: Monday, July 6th – Thursday, August 12th (No Session Monday July 5th)

Ages: 6 – 12 (6 as of 7/6/21) Proof of birth required

STUDENT INFORMATION/ INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Child's Name

 Nombre del Niño(a) _____
 (Last/ Apellido) (First/ Primer Nombre) (Middle/ Segundo Nombre)

Gender

Género

_____ Male/ Masculino

_____ Female/ Femenino

Date of Birth: ____/____/____

Fecha de nacimiento

Age: _____

Edad

Grade (as of September 2021)/ Grado (a partir de Septiembre 2021) _____

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: _____

Child's first language:

Primer idioma del niño(a) _____

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 2020 - 2021 school year?

¿Su hijo(a) recibe almuerzo gratis o a precio reducido durante el año escolar 2020 – 2021?

Please check one:

 Free _____ Reduced _____ Neither _____
 Gratis Reducido Ninguno

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 _____ (Number and Street/ Número y Calle) (Apt. #)
 Domicilio
 _____ (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 _____ (Number and Street/ Número y Calle) (Apt. #)
 Domicilio
 _____ (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 1or 2 will always be contacted first in case of emergency.

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

EMERGENCY CONTACTS / CONTACTOS DE EMERGENCIA

In the event that Parent/Guardian 1 or 2 cannot be reached, please list emergency contacts WHO ARE NOT THE PARENTS/GUARDIAN.

En el caso de que los padres 1 o 2 no puedan ser ubicados, por favor haga una lista de contactos de emergencia QUE NO SEAN LOS MISMOS PADRES/GUARDIANES.

*Adult (18 older) **Emergency contacts other than parent/guardian. At least 2 must be filled in to enroll.**

* Adultos (18 años más) **Contactos de emergencia que no sea el padre / tutor. Por lo menos deben nombrarse a 2 para que el estudiante se pueda inscribir.**

1. Name:

Nombre _____

Relation to child:

Relación con el niño/a _____

Home Tel.

Tel. de Casa _____

Cell Tel.

Tel. Celular _____

Address/Domicilio:

2. Name:

Nombre _____

Relation to child:

Relación con el niño/a _____

Home Tel.

Tel. de Casa _____

Cell Tel.

Tel. Celular _____

Address/Domicilio:

3. Name:

Nombre _____

Relation to child:

Relación con el niño/a _____

Home Tel.

Tel. de Casa _____

Cell Tel.

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 Carver Center Summer Experiences.

Enumere cualquier condición médica o alergia a alimentos y medicamentos que puedan afectar la participación de su hijo en las Experiencias de verano del Carver Center.

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

PERSONAL RELEASE | CONSENTIMIENTO PERSONAL

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.

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.

Signature: _____ Print Name: _____ Date: _____
Firma *Nombre en letra imprenta* *Fecha*

PARENT/ GUARDIAN RELEASE | CONSENTIMIENTO DEL PADRE / TUTOR

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.

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.

Signature: _____ Print Name: _____ Date: _____
Firma Nombre en letra imprenta Fecha

Programming Protocols in the time of Covid 19

We are so happy that you are joining us for Carver programming. The safety of our visitors, staff, and program participants is of the utmost importance. We are following NY State Department of Health and CDC guidelines, and in an effort to ensure your safety, as well as the safety of all staff, clients, and volunteers, please note you and/or your child **cannot** participate in programming if:

The enrolled participant is not feeling well;

The participant has tested positive for the Coronavirus in the past ten days (must produce a negative Covid-19 test result **and** be cleared from a program director);

If the participant or any member of their household are experiencing any symptoms related to Covid-19 (fever, cough, shortness of breath – not all possible symptoms are listed here). When the client or their household member(s) have been symptom and fever free for 10 days, they may participate if cleared from the Program Director;

The participant has been in close contact with a confirmed or suspected case of Coronavirus in the last 10 days (fully vaccinated asymptomatic people can refrain from quarantine, but should continue to monitor symptoms for 14 days following exposure);

The participant has traveled internationally in the last ten days (must speak with a program director to be cleared for program participation)

In any of the above situations, please note the participant must be in contact with the program director and obtain clearance before they can resume participation.

In keeping with CDC guidelines, masks are provided for staff, clients, and volunteers, and social distancing is maintained. Participants must be prepared to wear their mask (over mouth and nose) when indoors for Carver programming.

The Carver building will be cleaned daily as always, with additional cleanings/disinfecting performed throughout the day, and in between groups, using CDC guidelines/EPA recommended products. In the unlikely event of an outbreak in the building, contact tracing will be performed with the census information on file for program participants and visitors who may have been exposed, while maintaining confidentiality required by state and federal law and regulations. State and local health departments will be notified. A copy of Carver's NY Forward Safety Plan is available at the Welcome Center.

Participant Name: _____

Program Name: _____

If under 18:

Parent Name: _____

Phone: _____

Parent Signature: _____

Email address: _____

Date: _____

Protocolos de programación en la época de Covid 19

Estamos muy contentos de que se una a nosotros para la programación de Carver. La seguridad de nuestros visitantes, personal y participantes del programa es de suma importancia. Estamos siguiendo las pautas del Departamento de Salud del Estado de Nueva York y CDC, y en un esfuerzo por garantizar su seguridad, así como la seguridad de todo el personal, clientes y voluntarios, tenga en cuenta que usted y / o su hijo no pueden participar en la programación si:

El participante inscrito no se siente bien;

El participante ha dado positivo al coronavirus en los últimos diez días (debe producir un resultado negativo en la prueba de Covid-19 y obtener la autorización del director del programa);

Si el participante o cualquier miembro de su hogar experimenta algún síntoma relacionado con Covid-19 (fiebre, tos, dificultad para respirar; aquí no se enumeran todos los síntomas posibles). Cuando el cliente o los miembros de su hogar hayan estado libres de síntomas y fiebre durante 10 días, pueden participar si el Director del Programa lo autoriza;

El participante ha estado en contacto cercano con un caso confirmado o presunto de Coronavirus en los últimos 10 días (las personas asintomáticas completamente vacunadas pueden abstenerse de la cuarentena, pero deben continuar monitoreando los síntomas durante 14 días después de la exposición);

El participante ha viajado internacionalmente en los últimos diez días (debe hablar con un director del programa para obtener la autorización para participar en el programa)

En cualquiera de las situaciones anteriores, tenga en cuenta que el participante debe estar en contacto con el director del programa y obtener autorización antes de que pueda reanudar su participación.

De acuerdo con las pautas del CDC, se proporcionan máscaras para el personal, los clientes y los voluntarios, y se mantendrá el distanciamiento social. Los participantes deben estar preparados para usar su máscara (sobre la boca y la nariz) cuando estén adentro para la programación de Carver.

El edificio Carver se limpiará todos los días como siempre, con limpiezas adicionales y se desinfectará durante todo el día y entre grupos, utilizando las pautas del CDC y productos recomendados por la EPA.

En el improbable caso de un brote en el edificio, se realizará un seguimiento de contactos con la información del censo archivada para los participantes del programa y los visitantes que puedan haber estado expuestos, mientras se mantiene la confidencialidad requerida por las leyes y regulaciones estatales y federales. Se notificará a los departamentos de salud estatales y locales. Una copia del Plan de seguridad de NY Forward de Carver está disponible en el Centro de bienvenida.

Nombre del participante: _____ Nombre del programa: _____

Si es menor de 18 años:

Nombre del padre: _____ Teléfono: _____

Firma de los padres: _____ Dirección de correo electrónico: _____

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 at the Carver Center. 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 Carver Center. 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 Carver Center will not be held responsible for any lost, damaged or stolen items. 7. Students enrolled in Summer Experiences will not be allowed to leave the Carver Center until the end of the session without a note or phone call from a parent. 8. Only children entering middle school and older are allowed to walk home alone. 9. Children are to wear closed toe shoes. No sandals or flip flops permitted. 10. Children are not permitted to leave the Care of Carver Center staff during program hours. | <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 Centro de 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 Centro de 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 Centro de Carver no se hace responsable de los artículos perdidos, dañados o robados. 7. Los estudiantes inscritos en Summer Experiences no podrán salir del centro de carver hasta el final de la session sin una nota o llamada telefónica de los padres. 8. Solo los niños de 12 años en adelante pueden caminar solos a sus casas. 9. Los niños deben usar zapatos con punta cerrada. No se permiten sandalias ni chanclas. 10. No se les permite a los niños dehar el personal de El Centro de Carver durante las horas de programa. |
|---|---|

Program Cancellation | Cancelación del programa

We reserve the right to cancel any program that fails to meet minimum enrollment requirement and will issue a full refund.

No makeup classes will be provided if you cannot make the dates of the program for which you have registered.

Nos reservamos el derecho de cancelar cualquier programa que no cumpla con el requisito mínimo de inscripción y emitiremos un reembolso completo.

No se proporcionarán clases de recuperación si no puede cumplir con las fechas del programa para el que se ha registrado.

Delays | Retrasos

In the event Carver Center closes due to inclement weather, we will make an attempt to reschedule.

En caso de que Carver Center cierre debido a las inclemencias del tiempo, haremos un intento de reprogramarlo.

Refunds | Reembolsos

Enrollment fees for the summer experience secure your spot in the program and are non-refundable.

Las tarifas de inscripción para la experiencia de verano aseguran su lugar en el programa y no son reembolsables.

We, _____, the parents of _____, have read and acknowledged the rules and regulations provided by the Carver Center Summer Experiences. 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.

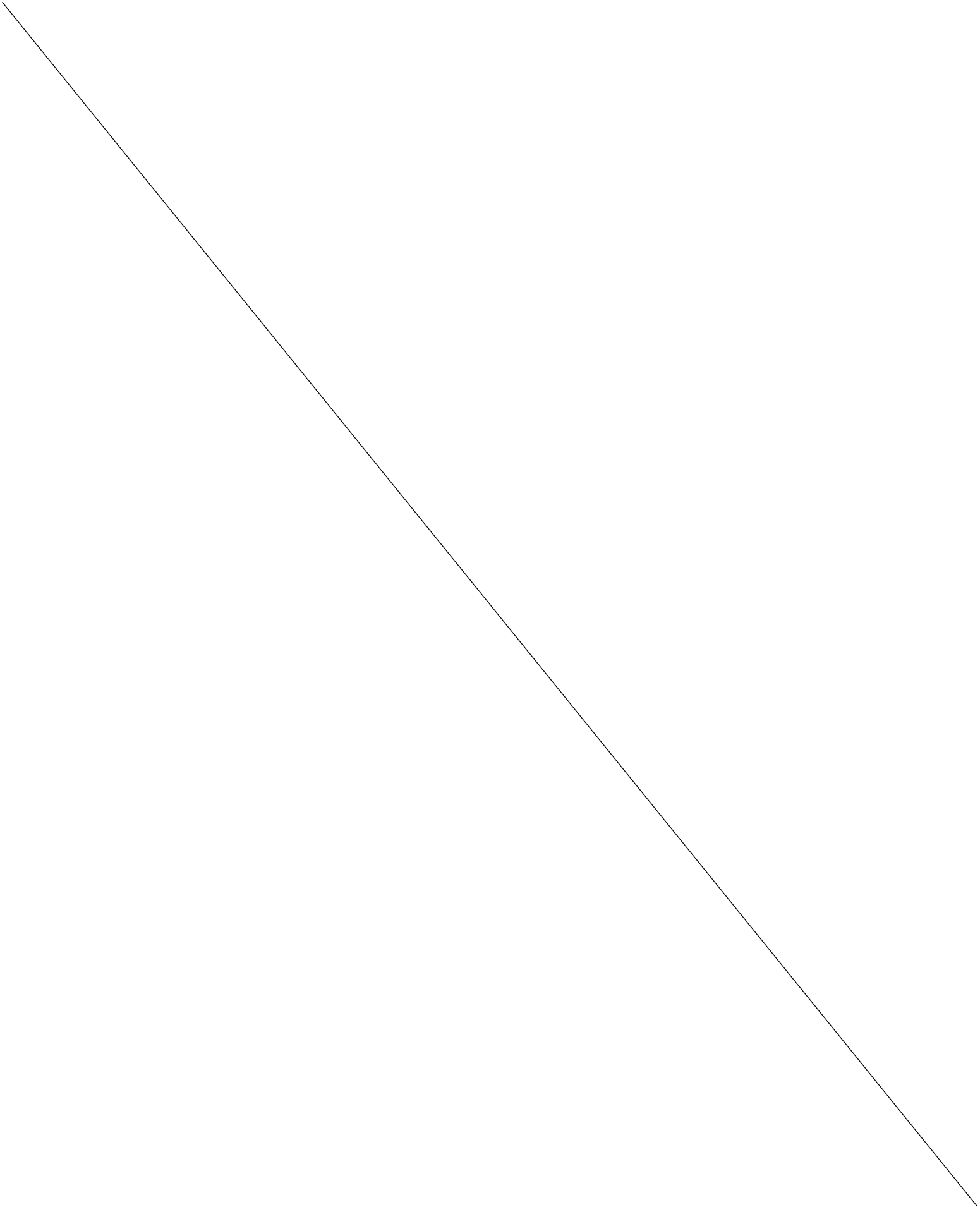
Nosotros, _____, los padres de _____, hemos leído y aceptado las reglas y regulaciones provistas por Carver Center Summer Experiences. He recibido el manual para padres y estoy de acuerdo con las reglas y regulaciones escritas en él. Entiendo que si nuestro hijo no cumple con las reglas y regulaciones del programa, él / ella puede ser suspendido o dado de baja del programa y no se otorgará ningún reembolso.

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

He leído las reglas y regulaciones de Carver Center Summer Experiences y acepto seguir estas reglas

 Parent Signature
 Firma del Padre

 Date
 Fecha



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 _____

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 FDPIR; 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 FDPIR (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 *ninguna*. 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 FDPIR) 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.

Summer Experiences Registration

Grade 1*

*(Children must be 6 years old by Tuesday July 6th, 2021)

Activity	Dates	Option 1	Option 2
MakerSpace/STEAM	Mondays July 12 th – August 9 th	12:00pm – 2:00pm ☐	3:00pm – 5:00pm ☐
Performing Arts	Tuesdays July 6 th – August 10 th	12:00pm – 1:30pm ☐	3:00pm – 4:30pm ☐
Recreation	Wednesdays July 7 th – August 11 th	12:00pm – 2:00pm ☐	N/A
Fun and Games	Thursdays July 8 th – August 12 th	12:00pm – 2:00pm ☐	N/A

Grades 2 and 3

Activity	Dates	Option 1	Option 2
Performing Arts	Mondays July 12 th – August 9 th	12:00pm – 1:30pm ☐	3:00pm – 4:30pm ☐
MakerSpace/STEAM	Tuesdays July 6 th – August 10 th	12:00pm – 2:00pm ☐	3:00pm – 5:00pm ☐
Fun and Games	Wednesdays July 7 th – August 11 th	12:00pm – 2:00pm ☐	N/A
Recreation	Thursdays July 8 th – August 12 th	12:00pm – 2:00pm ☐	N/A

Grades 4 and 5

Activity	Dates	Option 1	Option 2
Fun and Games	Mondays July 12 th – August 9 th	12:00pm – 2:00pm ☐	N/A
Recreation	Tuesdays July 6 th – August 10 th	12:00pm – 2:00pm ☐	3:00pm – 5:00pm ☐
MakerSpace/STEAM	Wednesdays July 7 th – August 11 th	12:00pm – 2:00pm ☐	3:00pm – 5:00pm ☐
Performing Arts	Thursdays July 8 th – August 12 th	12:00pm – 2:00pm ☐	3:00pm – 5:00pm ☐

Middle School

Activity	Dates	Option 1	Option 2
Recreation	Mondays July 12 th – August 9 th	12:00pm – 2:00pm ☐	3:00pm – 5:00pm ☐
Fun and Games	Tuesdays July 6 th – August 10 th	12:00pm – 2:00pm ☐	N/A
Performing Arts	Wednesdays July 7 th – August 11 th	12:00pm – 2:00pm ☐	3:00pm – 5:00pm ☐
MakerSpace/STEAM	Thursdays July 8 th – August 12 th	12:00pm – 2:00pm ☐	3:00pm – 5:00pm ☐

Registro de experiencias de Verano

Grado 1*

* (Los niños deben tener 6 años antes del martes 6 de julio de 2021)

Actividad	Fechas	Opción 1	Opción 2
MakerSpace/STEAM	Lunes 12 de julio - 9 de agosto	12:00pm – 2:00pm ☐	3:00pm – 5:00pm ☐
Las artes escénicas	Martes 6 de julio - 10 de agosto	12:00pm – 1:30pm ☐	3:00pm – 4:30pm ☐
Recreación	Miércoles 7 de julio - 11 de agosto	12:00pm – 2:00pm ☐	N/A
Diversión y juegos	Jueves 8 de julio - 12 de agosto	12:00pm – 2:00pm ☐	N/A

Grados 2 y 3

Actividad	Fechas	Opción 1	Opción 2
Las artes escénicas	Lunes 12 de julio - 9 de agosto	12:00pm – 1:30pm ☐	3:00pm – 4:30pm ☐
MakerSpace/STEAM	Martes 6 de julio - 10 de agosto	12:00pm – 2:00pm ☐	3:00pm – 5:00pm ☐
Diversión y juegos	Miércoles 7 de julio - 11 de agosto	12:00pm – 2:00pm ☐	N/A
Recreación	Jueves 8 de julio - 12 de agosto	12:00pm – 2:00pm ☐	N/A

Grados 4 y 5

Actividad	Fechas	Opción 1	Opción 2
Diversión y juegos	Lunes 12 de julio - 9 de agosto	12:00pm – 2:00pm ☐	N/A
Recreación	Martes 6 de julio - 10 de agosto	12:00pm – 2:00pm ☐	3:00pm – 5:00pm ☐
MakerSpace/STEAM	Miércoles 7 de julio - 11 de agosto	12:00pm – 2:00pm ☐	3:00pm – 5:00pm ☐
Las artes escénicas	Jueves 8 de julio - 12 de agosto	12:00pm – 2:00pm ☐	3:00pm – 5:00pm ☐

Escuela intermedia

Actividad	Fechas	Opción 1	Opción 2
Recreación	Lunes 12 de julio - 9 de agosto	12:00pm – 2:00pm ☐	3:00pm – 5:00pm ☐
Diversión y juegos	Martes 6 de julio - 10 de agosto	12:00pm – 2:00pm ☐	N/A
Las artes escénicas	Miércoles 7 de julio - 11 de agosto	12:00pm – 2:00pm ☐	3:00pm – 5:00pm ☐
MakerSpace/STEAM	Jueves 8 de julio - 12 de agosto	12:00pm – 2:00pm ☐	3:00pm – 5:00pm ☐

