



APLICACIÓN DE DESPUES DEL PROGRAMA ESCOLAR 2021-2022

Fechas: 24 de agosto de 2021 - 8 de junio de 2022 **Hora:** martes a viernes.

Miami Central High: 1781 NW 95th St Miami, FL 33147
Hora: 2:30 p.m. a las 5:30 p.m.

John A. Ferguson Senior High: 15900 SW 56th St Miami, FL 33185
Hora: 2:30 p.m. a las 5:30 p.m.

Felix Varela Senior High: 152255 SW 96th St Miami FL 33196
Hora: 3:30 p.m. a las 6:00 p.m.

Foto del Estudiante

Grado 9-12

¿Ha participado su hijo alguna vez en nuestro Success Club programa de campamento de Verano o después de la escuela?

Sí o **No**

Cómo se enteró de nuestra organización / programa?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> No aplicable
<input type="checkbox"/> Escuela / HCOS
<input type="checkbox"/> Cuidado de niños
<input type="checkbox"/> Otros programas de TCT
<input type="checkbox"/> Referencia interna
<input type="checkbox"/> Línea de ayuda (211 / Centralita)
<input type="checkbox"/> Socios basados en la fe
<input type="checkbox"/> Organizaciones comunitarias | <input type="checkbox"/> Walk-in
<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Escuelas
<input type="checkbox"/> Autorreferencia
<input type="checkbox"/> DCF / Nuestros hijos / Bienestar infantil
<input type="checkbox"/> Departamento de policía
<input type="checkbox"/> Proveedor de atención médica
<input type="checkbox"/> DJJ / Servicios juveniles | <input type="checkbox"/> Ayudantes naturales
<input type="checkbox"/> Early Steps North
<input type="checkbox"/> Early Steps South
<input type="checkbox"/> FDLRS
<input type="checkbox"/> Asociaciones de apoyo familiar y vecinal
<input type="checkbox"/> Intervención de absentismo escolar de MDCPS
<input type="checkbox"/> Club de padres |
|---|---|--|

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Primer nombre del menor: _____ Segundo nombre: _____ Apellido del menor: _____

Sexo del menor: Masculino Femenino

Fecha de nacimiento (mes/día/año)
(Mandatorio)

M	M	D	D	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Escuela a la que asiste el menor _____

Grado escolar del menor _____

(2021-2022 Año Escolar)	
-------------------------	--

Número del ID de MDCPS

--	--	--	--	--	--	--

Sin ID de MDCPS #

TODOS LOS ESTUDIANTES QUE ASISTEN A ESCUELAS PÚBLICAS O CHARTER DEBEN TENER UNA ID DE ESCUELA. TODOS LOS ESTUDIANTES QUE ASISTEN A UNA ESCUELA PRIVADA POR FAVOR SELECCIONE NO ID # DE MDCPS

¿El menor habla inglés? Sí No

Otros idiomas que se hablan en el hogar: Español Haitiano-Creole Lenguaje de señas Otro _____ Ninguno

Dirección del niño(a): _____

Apt/Unit: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Origen étnico del menor: (seleccione una) Hispano Haitiano Otro, explique: _____

Raza del menor: (seleccione una) Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano

Originario de las Islas del Pacífico Blanco Multirracial Otro: _____

Revised 7/9/2021

Hope for Miami

550 NW 42 Ave, Miami FL 33126

Fourth Floor

Tel: 786-388-3000



INFORMACIÓN DEL NIÑO (Continuado):

¿Vive el niño con un tutor legal que no sea la madre o el padre? Si No

Estado civil/familiar: (seleccione una) Casado No Casado Soltero/a
 Guardián Orfanatorio Otro: _____

¿El niño es parte del sistema de dependencia? Si No
 (Ej. DCF, Nuestros Niños, Agencias de Administración de Casos Completos, Tribunales de Familia, etc.)

¿El niño(a) es parte del sistema de delincuencia? Si No
 (Ej. Departamento de Justicia Juvenil, Programas de Citaciones Civiles, etc.)

¿El niño(a) recibe almuerzo gratis o reducido en la escuela? Si No

¿Tiene el niño menor seguro de salud (ex., seguro privado, KidCare, Medicaid)? Si No

(De lo contrario, podremos ayudarlo a encontrar una cobertura asequible: llame al 211 o visite www.thechildrenstrust.org). Tenga en cuenta que The Children's Trust puede ponerse en contacto con usted por correo postal, correo electrónico y / o mensaje de texto para preguntarle sobre su satisfacción con estos servicios y para informarle sobre otros programas, iniciativas y eventos financiados por Trust que puedan interesarle.)

Información de su Seguro Médico: (Si el niño no tiene cobertura de seguro, por favor escriba "no aplicable" o "N / A")

Compañía de seguro: _____ Nombre del doctor: _____ Teléfono: _____

FORMULARIO DE INFORMACION DEL ADULTO

(Tenga en cuenta que el Children's Trust puede contactarlo para preguntarle sobre su satisfacción con estos servicios)

Guardián principal del niño (nombre completo): _____

Número de teléfono: _____ ¿Es esta una célula / teléfono móvil? Yes No
 (Por favor escriba "no aplicable" o "N/A", si no tiene): _____

E-Mail del Cuidador Principal (Por favor escriba "no aplicable" o "N/A", si no tiene): _____

Guardián secundario del niño (nombre completo): _____

Número de teléfono: _____

(Por favor escriba "no aplicable" o "N/A", si no tiene)

INFORMACIÓN MÉDICA DEL NIÑO

Queremos conocer mejor a su hijo para poder brindarle la mejor experiencia posible en nuestros programas. Por favor, díganos más acerca de su niño(a). Doy permiso para que esta información se envíe al "Trust" para fines de evaluación / calidad del programa.

1) ¿Cuáles son las principales formas en que se comunica su hijo(a)? (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Habla y se le entiende fácilmente | <input type="checkbox"/> Usa lenguaje de señas |
| <input type="checkbox"/> Habla, pero es difícil entenderle | <input type="checkbox"/> Usa gestos como señalar, halar o parpadear |
| <input type="checkbox"/> Usa dibujos o una pizarra para comunicarse | <input type="checkbox"/> Usa sonidos que no son palabras, como gruñidos |

2) ¿Qué ayuda recibe su hijo(a) en este momento, si alguna? (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Terapia o servicios de conducta | <input type="checkbox"/> Terapia física (PT) |
| <input type="checkbox"/> Consejería para problemas emocionales | <input type="checkbox"/> Servicios de educación especial en la escuela |
| <input type="checkbox"/> Medicación diaria (no incluye vitaminas) | <input type="checkbox"/> Terapia de habla/lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional (OT) | <input type="checkbox"/> Ninguna |

3) ¿Qué condiciones tiene su hijo(a) que se espera duren un año o más? (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Desorden del espectro autista | <input type="checkbox"/> Problemas de agresividad o de temperamento |
| <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo (solo si es menor de 5 años) | <input type="checkbox"/> Problemas de atención o hiperactividad (ADHD/ADD) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva o sordera | <input type="checkbox"/> Problemas de depresión o ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual / desarrollo (mayor de 5 años) | <input type="checkbox"/> Condición del habla o del lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje (si está en edad escolar) | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual o ceguera |
| <input type="checkbox"/> Condición médica o enfermedad | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad o impedimento físico | |

4) ¿Tiene el niño un plan de educación individualizado (IEP) o un plan 504?

- Sí (Por favor adjunte) No

5) ¿Para respaldar la participación exitosa de su hijo(a) en este programa, ¿en qué áreas podría necesitar ayuda adicional?

- No necesita ayuda específica
- Actividades académicas, de aprendizaje o de lectura
- Adaptar las actividades para una discapacidad visual o auditiva
- Sostener un crayón/lápiz, escribir, usar tijeras u otras tareas motoras finas
- Controlar los sentimientos y la conducta
- Necesita ayuda para comer, ir al baño o cambiarse de ropa
- Deportes o actividades físicas tales como correr u otras tareas motoras
- Necesita asistencia: silla de ruedas, muletas, aparato ortopédico o andador
- Otro _____

6) ¿Alguna de las condiciones marcadas arriba hace más difícil para su hijo hacer cosas que otros niños de la misma edad pueden hacer?

- Sí No

7) Por favor circule y/o agregue si algo aplica a su hijo en la tabla a continuación.

Medicamentos que afectan: el aprendizaje, las actividades físicas o de índole Social	Alergias a los siguientes alimentos:	Otras alergia graves:	Condiciones de salud crónica:	Limitaciones físicas que afectan: el aprendizaje, las actividades físicas o de índole Social
<ul style="list-style-type: none"> • Antibióticos • Medicamentos para la Salud crónica • Medicamentos para la • Hiperactividad Otros: _____ 	<ul style="list-style-type: none"> • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ 	<ul style="list-style-type: none"> • Césped • Mosquitos • Picaduras de abejas • Penicilina <p>Otro: _____</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asma • Diabetes • Anemia "Sickle Cell" • Condición de piel • Las alergias estacionales • Reacción al sol • Convulsiones • Otros: _____ 	<p>• Otros no especificadas más arriba:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

A menos que sea ESPECIFICADO arriba, el niño/a en esta aplicación se encuentra en **buen estado de salud** y no tiene ninguna condición médica, alergias de alimentos, alergias crónicas o condiciones de salud graves. Mi hijo/a no toma medicamentos recetados y sus vacunas están al día. **Si usted considera que hay algo más que debemos saber para asegurarnos del bienestar de su hijo/a, por favor comuníquelo al Supervisor del programa.** Toda información es confidencial y las aplicaciones se guardan bajo llave en un lugar seguro. Al firmar a continuación estoy de acuerdo con lo siguiente.

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA DEL NIÑO

Entiendo que se harán todos los esfuerzos posibles para que me comuniquen si mi hijo se enferma o se lesioná en el programa o en una excursión. Si a juicio del personal o profesional médico, si mi retraso en llegar podría poner en peligro la salud de mi hijo/a, por la presente autorizo al personal o profesional médico a asegurar cualquier tratamiento médico que se considere necesario, incluyendo la administración de anestésicos y cirugía. **EN EL CASO EN QUE NADIE PUEDA SER CONTACTADO, DOY PERMISO PARA QUE MI HIJO / HIJA RECIBA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA.**

Si desea que sigamos un procedimiento médico o de emergencia diferente, escribalo y explique a continuación: (Puede continuar al dorso de esta página):

(Continua detrás)

INFORMACION DE CONTACTO PARA EMERGENCIAS Y/O RECOGIDA ALTERNATIVA

Otros números de teléfono donde puedo ser contactado: _____ / _____ / _____

Si no me pueden contactar, favor de llamar a las siguientes personas:

1. _____	Nombre	Relación con el niño	Número de celular o del trabajo
2. _____	Nombre	Relación con el niño	Número de celular o del trabajo
3. _____	Nombre	Relación con el niño	Número de celular o del trabajo

Tener en Cuenta: Cualquier familiar o amigos autorizados para recoger a su hijo, deben traer una identificación con foto válida para fines de verificación. Una copia de la misma será tomada por el personal y colocada en el archivo del estudiante para la confirmación futura. En el caso de que yo, el tutor legal no pueda recoger a mi hijo (a) a tiempo, llamaré al Supervisor y le autorizaré a dar a mi hijo/a a las personas mencionadas arriba.

POLÍTICA / CONSENTIMIENTO

Política De No-Descripción: Niños en los grados 6-12 serán aceptados en el programa Despues De Clases y/o en el Campamento de Verano sin importar la raza, el credo, el estado migratorio, salud, religión, discapacidad física, grupo étnico o la capacidad de pagar por los servicios. Niños sin documentos legales, o cuyos padres estén sin estado legal documentado, no serán discriminados en este programa. Tal como en el sistema escolar público del condado de Miami-Dade, todos los niños son bienvenidos. Niños/as con discapacidades físicas o emocionales severas, o de comportamiento agresivo, pueden encontrar programas diseñados especialmente para suplir sus necesidades a través de otros; haremos el mayor esfuerzo para encontrar la ubicación más conveniente para cada niño.

Consentimiento del Padre/Madre o Tutor Legal del menor:

Al firmar esta solicitud, convengo y certifico lo siguiente:

- 1) Reconozco que la información en esta aplicación, y la información médica que he proporcionado, es **verdadera y está completa hasta donde yo sé.**
- 2) Como tutor legal del niño en esta aplicación, **Autorizo y doy consentimiento** ó **NO autorizo ni doy consentimiento**) al personal de Hope for Miami (HFM) ni al 'Children's Trust' (TCT) ni a los proveedores de servicios para tomar o usar fotografías, fotografías digitales, imágenes en movimiento, transmisión de televisión y / o grabaciones de video (en adelante, "Grabaciones") de mí, de mis hijos o para fines educativos, de investigación, documentales y de relaciones públicas. Cualquiera de estas grabaciones puede revelar mi identidad a través de la imagen misma sin ninguna compensación para mí, mis hijos (ya sean hijos naturales o asignados por la corte). En lo que respecta al uso de las Grabaciones tomadas de mí o mis hijos, renuncio a todas las reclamaciones presentes y futuras que pueda tener contra TCT ó HFM, su personal, proveedores de servicios, empleados, agentes, afiliados y/o miembros de la Junta Directiva

Revised 7/9/2021

Hope for Miami

550 NW 42 Ave, Miami FL 33126

Fourth Floor

Tel: 786-388-3000



- 3) **Entiendo** que la participación de mis hijos en este programa auspiciado por Hope for Miami, el Children's Trust y sus asociados, involucra educación física, comidas y paseos fuera del programa o paseos de verano. Ya que estas actividades pudieran conllevar algún tipo de riesgo para la salud física y emocional de mi hijo, por la presente libero, excuso de responsabilidad y renuncio a todas las reclamaciones relacionadas con las actividades del programa después de clase o campamento de verano de HFM, al sitio o lugar del programa y todos sus empleados, oficiales, directores, agentes, tutores, supervisores y voluntarios, asociados con el programa de campamento de verano o de después de clase.
- 4) **Entiendo** que ningún medicamento o equipo médico será administrado por el personal de Hope for Miami a mi hijo/a sin previo consentimiento firmado por el padre/madre o por el guardián legal del menor de la forma llamada "AUTORIZACION PARA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS". También en tal caso que se necesite, daremos instrucciones escritas y aprobadas por el médico, de cómo administrar el medicamento o de cómo utilizar el aparato médico y la frecuencia del mismo. (Para más información, favor de consultar el Manual del programa para los Padres).
- 5) Como mi hijo asiste a un programa después de clase financiado por el Children's Trust (ya sea campamento de verano o después de clase), **reconozco** y entiendo que mi hijo debe cumplir con todas las normas referentes a su conducta y pólizas y regulaciones que el programa tiene establecido. El incumplimiento de estas reglas, puede conducir a la suspensión o al retiro de mi hijo/a del programa. También reconozco haber recibido un **Manual para los Padres**, el cual detalla la política y procedimientos relacionados con mi hijo/a y el programa.
- 6) El programa Out-of-school (Campamento de Verano o Despues de Clases) puede tener lugar en las instalaciones de una Iglesia. El propósito principal del programa es el enriquecimiento académico en un ambiente seguro, durante las actividades fuera de la escuela o campamento de verano. Sin embargo, su hijo puede ser invitado a participar en actividades de la iglesia o **recibir instrucción religiosa opcional**. A menos que el padre o tutor haya dado permiso expreso por escrito para participar en la instrucción religiosa, no se pedirá a ningún niño que participe, y no se usarán fondos del Trust como pago a dichos maestros, libros u otros gastos relacionados con la instrucción religiosa. Dicha instrucción será dada por ministros o voluntarios de la iglesia.

Por favor seleccione la casilla relativa a la instrucción religiosa:

Autorizo a mi hijo a participar. **Iniciales aquí:** _____ **No autorizo** a mi hijo a participar. **Iniciales aquí:** _____

- 7) Mi hijo llegará y saldrá del programa después de clase de la siguiente manera:

Llegada: En autobús / Van. Caminando de la escuela. Con persona / pariente autorizado.
 Con padres / tutores Manejando por su cuenta

Salida del Programa: En autobús / Van. Caminando de la escuela. Con persona / pariente autorizado.
 Con padres / tutores Manejando por su cuenta

No doy permiso, bajo ninguna circunstancia, para que mi hijo / a salga del programa con_____.

Relación con el niño:_____. Si es posible traer una foto para mantener en archivo. Ningún niño puede irse a casa con alguien que no esté en su lista aprobada.

- 8) Estoy de acuerdo en hacer todo lo posible para asegurar que mi hijo participe en el programa todos los días, a menos que él / ella esté demasiado enfermo para asistir. También estoy de acuerdo en que yo o mi representante designado firmaremos la entrada o **salida de mi hijo cada día** que asista al programa.
- 9) **Entiendo** que soy responsable de recoger a mi hijo al finalizar el programa o de arreglar para que una persona autorizada lo recoja. Sólo aquellas personas previamente autorizadas por escrito, pueden abandonar las instalaciones con mi hijo. Para los sitios de Success, tres retiros tardíos resultarán en la terminación del programa. El programa termina entre **5:30-6:00 PM** los Martes a Viernes.
- 10) **Entiendo** que necesito llamar al supervisor del programa cuando mi hijo este ausente.

Revised 7/9/2021

Hope for Miami
 550 NW 42 Ave, Miami FL 33126
 Fourth Floor
 Tel: 786-388-3000



11) Entiendo que estoy liberando al Programa después de la escuela/campamento de verano, de cualquier responsabilidad una vez que mi hijo haya salido del programa.

Doy mi permiso para que la información en esta solicitud sea enviada a The Children's Trust y Miami Dade County Public Schools para fines de calidad y evaluación del programa. El Children's Trust proporciona fondos para nuestro programa. Miami-Dade County Public Schools proporciona apoyos académicos para el programa. Si está interesado en otros servicios financiados por The Children's Trust, por favor llame al 211 o visite www.thechildrenstrust.org. Para recursos de necesidades especiales para su hijo, visite www.advocacynetwork.org o www.thechildrenstrust.org/cwd

Estoy firmando que he revisado y aceptado todos los términos y condiciones descritos en esta solicitud, todas las normas del programa, Políticas y Procedimientos y también que he recibido el Manual para los Padres:

Firma del Padre / Guardián

Fecha

FOR STAFF USE ONLY (MUST BE COMPLETED)

Sibling(s) names in our program: 1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____ 5. _____

Sibling definition: One or more children having one or both parents in common or legally adopted.

Fees Collected:

Important Information: Success Programs are FREE of charge

Family Handbook given: Yes No

(Please make sure parent signs the acknowledgement)

Verified by:

Date of registration:

Copy to HFM Office Personnel:

Tentative Start Date: _____

Withdrawn Date: _____

Returned Date: _____

(When Applicable)

(When Applicable)

Revised 7/9/2021

Hope for Miami

550 NW 42 Ave, Miami FL 33126

Fourth Floor

Tel: 786-388-3000





“Conóceme Mejor”

Nombre del niño: _____ Fecha de hoy: _____
 Grado: _____ Edad: _____

Hope for Miami quisiera aprender más sobre su hijo para poder brindarle la mejor experiencia de aprendizaje posible mientras asiste a nuestro programa. Nadie sabe tanto a cerca de su hijo como usted misma. Por favor cuéntenos más sobre su hijo.

1. ¿Cuál es el favorito y / o calmante de su hijo y el menos favorito y / o molesto? cosas, actividades, recompensas y situación?

Favorito o calmante

Menos favorito o molestias

2. ¿Requiere su hijo dispositivos o equipos? (es decir, aparatos ortopédicos, andador, silla de ruedas, dispositivo de comunicación, insulina, nebulizador, inhalador, EpiPen)

Sí No En caso afirmativo, describa: _____

3. Mi hijo juega / interactúa mejor (*marque todo lo que corresponda*):

Independientemente Con adultos Grupo pequeño Grupo grande
 Exterior Interior Con otro niño

Comentarios adicionales: _____

4. ¿Sigue su hijo instrucciones simples? Sí Necesita ayuda

Comentario / Incentivos: _____

5. ¿Qué tipo de estilo de aprendizaje funciona mejor para su hijo? (*marque todo lo que corresponda*)

Instrucción verbal Tablas / Gráficos Instrucciones escritas Recordatorios

6. ¿Alguna de las siguientes cosas molesta a su hijo?

Ruido Textura (es decir, arena, agua) Luces Huele Animales
 Toque (es decir, abrazos) Otro: _____

7. ¿Vaga o huye su hijo? Sí No

8. ¿Hay algo más que le gustaría que supiéramos sobre su hijo? (es decir, alergias, dieta, convulsiones, hemorragias nasales)

Revised 7/9/2021

Hope for Miami

550 NW 42 Ave, Miami FL 33126

Fourth Floor

Tel: 786-388-3000





Reconocimiento de los participantes a las medidas preventivas de Hope for Miami para los programas Despues de la Escuela y Campamentos de Verano, y los procedimientos relacionados con el COVID-19:

A medida que continuamos navegando a través de la pandemia del COVID-19, queremos agradecerles por confiar sus hijos con nosotros. Nos sentimos profundamente honrados de que nos haya elegido para mantener a sus hijos seguros durante estos momentos críticos. Hope for Miami se dedica a cumplir y monitorear todas y cada una de las pautas actualizadas de los CDC sobre medidas preventivas para detener la propagación de COVID-19. Por lo tanto, es importante informarles sobre algunos cambios y pasos destacados que siguen siendo cruciales para reducir la propagación del COVID-19.

El nuevo coronavirus, COVID-19, sigue siendo declarado pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud. COVID-19 es extremadamente contagioso y continúa propagándose principalmente por contacto de persona a persona. Como resultado, los gobiernos federales, estatales y locales y las agencias de salud federales y estatales recomiendan el distanciamiento social y, en muchos lugares, han prohibido la congregación de grupos de personas sin medidas preventivas.

Hope for Miami se dedica a:

1. Continuar estableciendo comunicación con las autoridades locales y estatales para determinar los niveles de mitigación actuales en nuestra comunidad.
2. Proteger y apoyar al personal, los niños y los miembros de su familia que corren mayor riesgo de contraer una enfermedad grave.

Con base en la orientación médica recibida, Hope for Miami ha delineado las medidas preventivas que se implementarán tomando las siguientes medidas de seguridad:

Acciones de seguridad.

Promover prácticas de higiene saludables

1. Reforzaremos el lavado de manos (al llegar al sitio, después de usar el baño, estornudar, toser y antes de comer) y cubrir la boca por los efectos de la tos y los estornudos entre el personal (parte de nuestra capacitación de Precauciones Universales para el personal).
2. Enseñar y reforzar el uso de cubiertas faciales (se han comprado máscaras) entre todo el personal. A los niños que pueden usar mascarilla se les pedirá que lo hagan durante el tiempo que puedan ser tolerados. Cubrirse la cara es fundamental en momentos en los que el distanciamiento social no es posible. Se debe recordar con frecuencia al personal y a los niños que no se toquen la cara y que se laven las manos con frecuencia.
3. Se proporcionará información y capacitación a todo el personal sobre el uso, remoción y lavado adecuados de las cubiertas faciales de tela (cubiertas en la orientación del personal).
4. Tendremos suministros adecuados para apoyar conductas de higiene saludable, incluido jabón, desinfectante de manos con al menos 60 por ciento de alcohol (para el personal y los niños mayores que pueden usar desinfectante de manos de manera segura) y tejidos. Tenemos suministros comprados y listos para entregar en los sitios.
5. Coloque letreros sobre cómo detener la propagación de COVID-19, lavarse las manos adecuadamente, promover medidas de protección diarias y usar una cubierta facial adecuada.

Intensificar la limpieza, desinfección y ventilación.

1. Limpie y desinfecte las superficies que se tocan con frecuencia (por ejemplo, manijas de puertas, manijas de fregaderos, bebederos) varias veces al día y objetos compartidos en otros usos.
2. Evite el uso de artículos (por ejemplo, juguetes blandos o de peluche) que no se limpian, desinfectan o desinfectan fácilmente.
3. Asegurar la aplicación correcta y segura de desinfectantes y mantener los productos fuera del alcance de los niños.
4. Asegúrese de que los sistemas de ventilación funcionen correctamente y aumente la circulación del flujo de aire tanto como sea posible.

Asegurar el distanciamiento social

1. Asegúrese de que las clases incluyan el mismo grupo de niños todos los días y que los mismos proveedores de cuidado infantil permanezcan con el mismo grupo todos los días.

Revised 7/9/2021

Hope for Miami
550 NW 42 Ave, Miami FL 33126
Fourth Floor
Tel: 786-388-3000



2. Proporcione una exposición mínima limitando la mezcla entre grupos.
3. Restrinja las visitas no esenciales, los voluntarios y las actividades que involucren a otros grupos al mismo tiempo.
4. Mantenga a todos los participantes a una distancia de entre 3 y 6 pies, según lo recomendado por el Departamento de Niños y Familias, que sigue todas las reglas mejoradas de distanciamiento social de los CDC.
5. Mantenga una proporción adecuada de personal por niños para garantizar la seguridad.

Supervisión y Preparación Compruebe si hay signos y síntomas

1. Implementar controles de salud (por ejemplo, controles de temperatura y detección de síntomas) exámenes de detección de manera segura y respetuosa, y con medidas establecidas para garantizar la confidencialidad y cumplir con las leyes o regulaciones de privacidad aplicables. Debe mantenerse la confidencialidad.
2. Anime al personal a quedarse en casa si están enfermos y anime a los padres a que mantengan a los niños enfermos en casa.
3. Identifique un área para separar a cualquier persona que presente síntomas similares al COVID durante las horas de operación y asegúrese de que los niños no se queden sin la supervisión de un adulto.
4. Notifique a los funcionarios de salud locales, el personal y las familias de inmediato sobre cualquier posible caso de COVID-19 mientras se mantiene la confidencialidad como lo requiere la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA).
5. Cierre las áreas utilizadas por cualquier persona enferma y no las use hasta que hayan sido limpiadas. Espere 24 horas antes de limpiar o desinfectar para reducir el riesgo de que las personas limpian. Si no es posible esperar 24 horas, espere el mayor tiempo posible.
6. Asegurar la aplicación correcta y segura de desinfectantes y mantener los productos desinfectantes fuera del alcance de los niños.
7. Informe a cualquier persona expuesta a una persona diagnosticada con COVID-19 que se quede en casa y se autocontrole para detectar síntomas, y que siga las instrucciones de los CDC si se presentan síntomas.
8. Aconsejar a los miembros del personal enfermos que no regresen hasta que hayan cumplido con los criterios de los CDC para interrumpir el aislamiento en el hogar.

Actualizaciones adicionales y esfuerzos de mitigación

1. Evite las grandes reuniones donde el distanciamiento social no es posible
2. **Notifique a la ubicación del sitio inmediatamente de cualquier posible contacto con COVID-19.**

Al firmar este formulario, reconozco la naturaleza altamente contagiosa del COVID-19, así como las medidas preventivas resultantes que Hope For Miami, sus socios comunitarios, empleados y representantes han implementado para ayudar a mitigar la propagación del virus. Entiendo el riesgo de estar expuesto o infectado por COVID-19 en cualquiera de los lugares en los que Hope For Miami lleva a cabo sus programas de campamento de verano o después de la escuela en persona. Esto incluye el riesgo de infectarme como resultado de las acciones, omisiones o negligencia de mí mismo, los empleados del programa, los voluntarios y los participantes del programa y las ubicaciones de los sitios independientes.

Además, al firmar este formulario, por la presente acepto y reconozco que yo, en mi nombre y en el de mi hijo / participante, asumo todos los riesgos asociados con dicha participación, incluidos, entre otros, los riesgos asociados con COVID-19. Doy esta autorización y renuncia para mi hijo / participante, yo mismo, mis herederos, sucesores y representantes. Acepto liberar y eximir de responsabilidad tanto a Hope for Miami como a la ubicación del sitio independiente (junto con todas las entidades relacionadas y todos sus empleados, agentes y representantes relacionados), de cualquier responsabilidad por pérdidas, daños, costos, reclamos, demandas, y / o causas de acción, que surjan de cualquier aspecto de la participación en los programas extracurriculares en persona ofrecidos por Hope for Miami. Entiendo y acepto que en el caso de cualquier lesión personal o corporal al abajo firmante, yo (en mi propio nombre o en el de cualquier otra persona) no buscaré ningún tipo de recuperación ni entablaré ningún tipo de acción contra Hope. para Miami y la ubicación del sitio independiente, sus funcionarios, directores, empleados o agentes. Por la presente reconozco y acepto que las promesas y declaraciones hechas anteriormente son materiales y una condición previa necesaria para que se me permita participar en los programas de Hope for Miami.

Fecha de la firma del padre/familiar

Fecha

Imprimir nombre del padre/tutor

Nombre del participante(s)

Revised 7/9/2021

Hope for Miami

550 NW 42 Ave, Miami FL 33126

Fourth Floor

Tel: 786-388-3000

