



Foto

## APLICACIÓN ESTUDIANTIL PARA DESPUÉS DE ESCUELA 2020-2021

Fechas: 31 de Agosto de 2020 - 9 de Junio de 2021 Hora: lunes a viernes de 2 p.m. a 6 p.m.

- |                                                                                             |                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Bel-Aire ES:</b> 10250 SW 194th St., Cutler Bay, FL 33157       | <input type="checkbox"/> <b>Pinelands Presbyterian Church:</b> 10201 Bahia Dr., Miami, FL 3318     |
| <input type="checkbox"/> <b>El Buen Pastor Church:</b> 310 E 5th St., Hialeah, FL 33010     | <input type="checkbox"/> <b>Pneuma Academy:</b> 7205 SW 125th Ave Miami FL 33183                   |
| <input type="checkbox"/> <b>Great Heights Academy:</b> 9280 Hammocks Blvd Miami FL, 33196   | <input type="checkbox"/> <b>Riverside United Methodist Church,</b> 985 NW 1st St., Miami FL. 33128 |
| <input type="checkbox"/> <b>Wayside Baptist Church:</b> 7701 SW 98th St., Kendall, FL 33156 | <input type="checkbox"/> <b>Cornerstone Christian Church,</b> 5400 SW 122nd St., Miami FL. 33175   |

### Cómo se enteró de nuestra organización / programa?

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

### INFORMACIÓN DEL NIÑO

Primer nombre del menor: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido del menor: \_\_\_\_\_

Sexo del menor: ☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha de nacimiento: (mes/día/año) 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

  
(Mandatorio)

Número del ID de MDCPS: 

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

☐ Escuela Privada  
(Mandatorio)

Escuela a la que asiste el menor: \_\_\_\_\_ Grado escolar del menor 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

  
(2020-2021 Año Escolar)

¿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: \_\_\_\_\_

Revised 8/28/2020

Hope for Miami

550 NW 42 Ave, Miami FL 33126

Fourth Floor

Tel: 786-388-3000



**INFORMACIÓN DEL NIÑO (Continuado)**

**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: \_\_\_\_\_

**¿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](http://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 este un celular / 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:** \_\_\_\_\_ **¿Es este un celular / teléfono móvil?** ☐ Yes ☐ No  
 (Por favor escriba "no aplicable" o "N/A", si no tiene)

Revised 8/28/2020

**Hope for Miami**

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



## INFORMACIÓN MÉDICA DEL NIÑO

Queremos conocer más a su hijo para poder brindarle la mejor experiencia posible en nuestros programas. Por favor, díganos más acerca de su niño(a).

**1) ¿Cuáles son las principales formas en las 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 IEP:** ☐ 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 hacen más difícil para su hijo hacer cosas que otros niños de la misma edad pueden hacer?**

☐ Yes ☐ No

Revised 8/28/2020

**Hope for Miami**

550 NW 42 Ave, Miami FL 33126

Fourth Floor

Tel: 786-388-3000



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

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

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 lesiona 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, escríbalo y explique a continuación: (Puede continuar al dorso de esta página):

## INFORMACION DE CONTACTO PARA EMERGENCIAS Y/O RECOGIDA TARDE

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 del celular o del trabajo |
| 2. _____ | _____                | _____                            |
| Nombre   | Relación con el niño | Número del celular o del trabajo |
| 3. _____ | _____                | _____                            |
| Nombre   | Relación con el niño | Número del 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 esta 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 de 'Hope for Miami' / CONSENTIMIENTO

**Política De No-Discriminación:** Niños en las edades de 5 años en adelante y que estén cursando o hayan cursado el kinder, serán aceptados en el programa de Después 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 programas financiados por el Children's Trust; haremos el mayor esfuerzo para encontrar la ubicación más conveniente para cada niño.

Revised 8/28/2020

**Hope for Miami**

550 NW 42 Ave, Miami FL 33126

Fourth Floor

Tel: 786-388-3000



## 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 o HFM, su personal, proveedores de servicios, empleados, agentes, afiliados y/o miembros de la Junta Directiva.
- 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 de este. (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, primavera 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, Después de Clases o Campamento de primavera) 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.  
☐ **Autorizo** a mi hijo a participar. **Inicial:** \_\_\_\_\_ ☐ **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. Se permite que el niño vaya a casa con la madre, el padre o el guardián legal **a menos** que tengamos **documentos de la corte** que establezcan lo contrario (debido a disputas de custodia o al abuso).

Revised 8/28/2020

**Hope for Miami**

550 NW 42 Ave, Miami FL 33126

Fourth Floor

Tel: 786-388-3000



- 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. Estoy al tanto de los cargos que tengo que pagar por recoger tarde a mi hijo/a. Para los sitios de Whiz Kidz, la tarifa por retraso es de \$ 1 por minuto. El programa termina a las 6:00 PM cada día. Entiendo también que mi hijo será suspendido del transporte y del programa si las mensualidades no están al día.
- 10) **Entiendo** que necesito llamar al supervisor del programa cuando mi hijo este ausente.
- 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 para fines de calidad y evaluación del programa. El Children's Trust proporciona fondos para nuestro programa. Si está interesado en otros servicios financiados por el Children's Trust por favor llame al 211 o visite [www.thechildrenstrust.org](http://www.thechildrenstrust.org).

**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

### **Seguro por lesiones accidentales**

Al inscribir a su hijo en un programa de Hope for Miami, tiene una cobertura suplementaria por gastos médicos en caso de que su hijo/a tenga un accidente durante su participación en las horas regulares del programa. Si su familia tiene un seguro médico, esta póliza complementaria puede cubrir algunos deducibles o gastos que su seguro no cubra. Si su familia no tiene seguro médico, los gastos médicos del niño pueden ser cubiertos, en caso de que le ocurriera una lesión (solo en casos de accidente).

- Costo es \$10.00 por estudiante (solo aceptamos Money Order a nombre de 'Hope for Miami')
- Cubierta médica por servicios ambulatorios causados por un accidente hasta un máximo de cobertura de \$25,000.00
- \$100.00 de deducible en esta póliza
- Incluye \$10,000 de Beneficio por muerte accidental o por un Desmembramiento (en caso de haber una lesión grave).
- La cobertura cubre hasta el último día del Campamento de Verano Julio 30, 2021

## **Supervisor del sitio SÓLO PARA USO (DEBE SER COMPLETADO)**

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:**

**Please Note: No checks or credit cards, only money orders are accepted.**

Accident Insurance fee \$10 collected: ☐ Yes ☐ No Summer Camp Fee \$420.00 collected: ☐ Yes ☐ No

Registration Fee \$90.00 collected: ☐ Yes ☐ No (\$370.00 if paid in full by 4/1/2021)

Parent 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: \_\_\_\_\_ Paid ☐ Fees N/A ☐  
(When Applicable) (Participant will have to pay registration fee again)

Revised 8/28/2020

**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)**

\_\_\_\_\_