

SOLICITUD PARA MEMBRESÍA DE GIRLS INCORPORATED DE LYNN 7.09 (2)

HORARIO: L M Mi J V

FECHA DE COMIENZO: _____

Nombre _____ Sexo _____ Edad _____ D.D.N. ____/____/____

Altura _____ Peso _____ Color De Ojo _____ Color De Piel _____ Color De Pelo _____

Marcas De Identificación _____ Primer Idioma _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código _____

De Seguro Social _____ # De Teléfono _____

Escuela _____ Dirección De Escuela _____ GRADO _____

1. Nombre De Padre/Encargado _____ (con quien vive la niña)

Relación a la niña _____ #SS _____ Primer Idioma _____

Correo Electrónico _____ Lugar de Trabajo _____

Dirección _____ #de Tele _____ Horas _____

2. Seg. Padre/Encargado _____ Relación a niña _____

Dirección de Casa _____ # de Tele _____

Lugar de Trabajo _____ Dirección _____

de Tele _____ Horas _____ Primer Idioma _____

En caso de emergencia cuando no podemos ponernos en contacto con los padres/encargados, por favor notifique si mi niña puede irse con la siguiente persona:

1. Nombre _____ Relación a la niña _____

Dirección _____ #Tele _____

2. Mi hija no se puede ir del programa con nadie excepto conmigo

Médico/a o Clínica de la niña: _____ # Tele _____

Dirección: _____ (Opcional) Seguro Médico _____

Yo certifico que hay una copia de un examen físico reciente y un historial de inmunizaciones en la escuela.

Fecha del último examen físico ____/____/____ *Iniciales de los padres/encargados:* _____

Limitaciones especiales o preocupaciones, por ejemplo si hay restricciones dietéticas o alergias, enfermedades crónicas, etc. Por favor describa si es alérgico a restricciones o tratamientos.

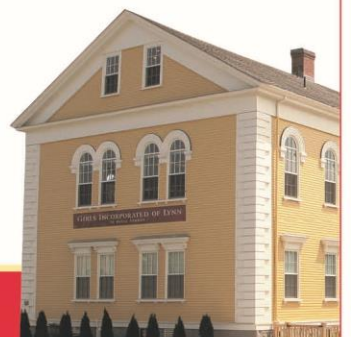
(Por favor complete el formulario de aviso médico)

Firma de padre/encargado _____ Fecha _____



Girls Incorporated® of Lynn • 50 High Street • Lynn, MA 01904 • 781.592.9744 • www.girlsinclynn.org

Inspiring all girls to be strong, smart, and boldSM



AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR FOTOS

Autorizo que tomen fotos de mi hija para el propósito de publicar en los periódicos, revistas u otros medios comunicación o programa de televisión para el propósito de promocionar las actividades de Girls Inc.

Firma de padre/encargado _____ Fecha _____

INFORMACIÓN DE TRANSPORTACIÓN

Doy autorización a Girls Inc. para que transporten mi hija a y de los lugares mencionados. Entiendo que un adulto designado tiene que esperar y recibir a mi hija cuando sea transportada del programa a casa, a menos que haya hecho otros planes.

Recoger durante el año escolar _____ Llevar a casa durante año escolar _____

Recoger durante semanas de vacaciones _____ Llevar a casa durante semanas vacaciones _____

Firma de padre/encargado _____ Fecha _____

AUTORIZACIÓN PARA TRANTAMIENTO EN CASO DE EMERGENCIA

Como padre o encargado de la participante autorizo Girls Incorporated de Lynn a usar cualquier modo sea necesario si ocurre una emergencia. Estos modos pueden incluir la administración de primeros auxilios y/o CPR por los empleados de Girls Incorporated, transportación al hospital más cercano por ambulancia o vehículo del programa, y ver y/o asegurar que la utilización de tratamiento médico apropiado para la participante, al costo del abajo firmante. Renuncio a Girls Incorporated de Lynn, sus empleados y agentes de cualquier responsabilidad o reclamaciones que surjan de los eventos descritos arriba.

Firma de padre/encargado _____ Fecha _____

SUSTRATO ÉTNICO: (Africano–Americano) ____ (Caucásico) ____ (Hispano) ____ (Asiático) ____ (Bi-racial) ____

(Otro) _____ Familia de padre/madre soltero/a Sí No #Personas en la Familia _____

Hagan una lista de todos los niños en la familia de mayor a menor.

1st _____ 2nd _____ 3rd _____ 4th _____

SALARIO ANUAL DE LA FAMILIA

- Menos de \$10,000
- \$10,001-\$15,000
- \$15,001-\$20,000
- \$20,001-\$25,000
- \$25,000-30,000
- Más de \$30,000

Qué intereses o pasatiempos tiene su hija? _____

Qué esperanzas tiene usted para su hija ? _____

Es usted o alguna persona en su familia veterano? Sí No.

En tal caso, quién? _____

PLAN DE TRANSPORTACIÓN 7.12 (1)
Y
PLAN DE TRANSPORTACIÓN ALTERNATIVO
(INCLUYENDO EL ADULTO DESIGNADO) 7.12 (1)

Nombre de la niña: _____

Mi hija llegará al programa de la siguiente manera:

_____ Caminando sola
_____ Caminando con _____
_____ La escuela pública de Lynn la trae _____ El autobús del programa la trae _____
_____ El autobús del programa la trae _____ Padre/Encargado la trae _____
_____ Otra Manera

Mi hija se irá del programa de la siguiente manera:

_____ Padre/Encargado recoge _____ Camina sola
_____ Camina con _____
_____ El autobús del programa _____ Vehículo del programa
_____ Otra manera. Describa: _____

Doy permiso a que mi hija se vaya a casa como indicado arriba con las siguientes personas o que reciban a mi hija de transportación. Si nadie es autorizado, por favor indique escribiendo “nadie”

1. Nombre: _____ Relación: _____
Dirección: _____ # de Tele: _____

2. Nombre: _____ Relación: _____
Dirección: _____ # de Tele: _____

3. Nombre: _____ Relación: _____
Dirección: _____ # de Tele: _____

Cualquier otros cambios a la transportación tienen que estar escritas y mantenidas en el archivo de la niña o el plan de arriba debe ser implementado. El permiso es válido por un año después de la fecha de la firma.

Firma de padre/encargado _____ Fecha _____

PERMISO PARA ACTIVIDADES FUERA DEL EDIFICIO
SECCIÓN 7.34 (5) ©

PROGRAMA SACC: GIRLS INCORPORATED DE LYNN
DIRECCIÓN: 50 HIGH STREET, LYNN, MA 01902

NOMBRE DE LA NIÑA: _____

**YO, _____, DOY PERMISO A MI HIJA A PARTICIPAR
EN TODAS LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS REGULARMENTE LOCALIZADAS EN LOS
SIGUIENTES LUGARES:**

Las participantes de Girls Incorporated frecuentemente visitan los siguientes lugares:

- | | | | |
|------------------------|----------------------------|---------------------|-----------------------|
| * Nahant Beach | *RollerWworld | *YMCA Lynn | * Children's Museum |
| * High Rock Tower Park | *Lynnway Bowling | *Science Museum | *New England Aquarium |
| *Peabody Museum | *Operation Bootstrap | * Children's Museum | |
| *Lynn Library | *Lynn Arts Inc. | *Goldfish Pond | |
| *Lucky Strike Bowling | *Neighborhood nature walks | | |

El programa proveerá una lista escrita de actividades programadas.

Firma de Padre/Encargado _____ **Fecha** _____

**EL DEPARTAMENTO DE EEC
APOYO FINANCIERO PARA CUIDADO DE NIÑOS
ACUERDO SOBRE LA NOTIFICACIÓN DE ASISTENCIA**

Todos los niños que reciben ayuda financiera para cuidado de niños de parte de EEC se esperan que asistan el programa de educación temprana y cuidado, en acuerdo con las condiciones de la autorización de cuidado de niños. Los educadores/proveedores de cuidado de niños están obligados a esforzarse a asegurar que cada vacante se llene o que cada “voucher” esté en uso en todo momento.

Ausencias excesivas pueden resultar en la cancelación de ayuda financiera. Las regulaciones de Massachusetts en cuanto a ayuda financiera para cuidado de niños define ausencias excesivas como:

■ Más de 30 ausencias en un período de seis meses (p.e. enero a junio; julio a diciembre). A aquellas familias que no están autorizadas al principio de un período de seis meses, no se les permitirá más de cinco días al mes; o

■ Más de tres ausencias consecutivas sin explicación (ausencias con explicación son aquellas que son a causa de enfermedad o condición médica, fallecimiento en la familia, circunstancias de emergencia, días de fiesta religiosos, y diez días de vacación en un período de doce meses. Cualquier otra ausencia es considerada sin explicación).

Las familias que tienen ausencias excesivas recibirán una carta de terminación. Los servicios de cuidado de niños terminará en la fecha que está escrita en la carta, a menos que usted se ponga en contacto con la agencia de cuidado de niños antes de esa fecha y:

1) Usted explica la ausencia de su hija; o 2) Usted pide que revisen la decisión de terminación. Para asegurar que usted no se le cancele la ayuda financiera, usted tiene que:

1. Asegurar que su hija(s) asista al programa, de acuerdo a las condiciones de su autorización de cuidado de niños.
2. Inmediatamente notifique el programa para explicar la ausencia de su hija(s).
3. Provea por lo menos dos semanas de aviso si usted planea sacar su hija(s) del programa.

Mi firma abajo indica que yo entiendo la información en este documento y accedo a cumplir con los requisitos explicados arriba.

Firma del Padre/Encargado

Fecha

GIRLS INCORPORATED OF LYNN
ATTENDANCE AGREEMENT

Ya que el financiamiento de United Way paga por una porción del cuidado de _____, incluyendo explicaciones por cada ausencia debido a enfermedad, emergencias, o dos semanas de vacaciones por años, yo _____ estoy de acuerdo a lo siguiente:

1. Notificar Girls Incorporated de Lynn por lo menos con dos semanas de aviso antes de planear sacar la niña del programa para que otra niña pueda beneficiar de una matriculación inmediata y no se gasta dinero en un espacio vacío.
2. Notificar Girls Incorporated de Lynn inmediatamente para explicar la ausencia de mi hija para que así el programa sepa que planeo continuar con su servicio.
3. Llamar el programa antes de la **1:00pm durante las semanas escolares y antes de las 8:15am durante las semanas de vacaciones** para notificarles de la ausencia de mi hija.
4. Yo entiendo que a mi hija le permiten 30 ausencias entre un período de seis meses (p.e. enero a junio; julio a diciembre). Para aquellas familias que no están autorizadas al principio de un período de seis meses, se les permitirán cinco ausencias por mes.
5. Yo entiendo que ausencias excesivas, las cuales a cualquier persona razonable indican abuso de servicios, resultará en una carta de terminación.
6. Yo también entiendo que después de tres días consecutivos de ausencias sin explicación en cualquier tiempo, la agencia de cuidado de niños me enviará una carta de aviso de terminación, lo cual se llevará a cabo catorce días después de la fecha en la carta, a menos que yo me ponga en contacto con ellos para explicar las ausencias de mi hija, y pedir una reunión dentro de esos catorce días.
7. Yo también entiendo que tengo que notificar el programa inmediatamente cuando reciba una carta de terminación se he sacado mi hija del programa.

Firma de Padre/Encargado

Fecha

Póliza de Comportamiento y Disciplina de Girls Incorporated de Lynn

Como requerido por el Departamento de EEC, los siguientes actos son prohibidos:

- *abuso y negligencia
- *castigo cruel, inusual, severo, o corporal
- *dar golpes de cualquier tipo
- *abuso verbal, ridiculizar, o humillación
- *negación de comida, descanso, ir al baño
- *castigo por ensuciarse, mojarse, o no usar el inodoro
- *castigo por comer o no comer

Los programas de Girls Incorporated de Lynn son diseñados para maximizar la variedad, participación y interés de las niñas. A través de programas de aprendizaje creativos y actividades informales, se puede aliviar muchos problemas de comportamiento. Sin embargo, si desafortunadamente tenemos un problema, hemos diseñado la siguiente póliza para fomentar comportamiento positivo y a la misma vez disuadir el comportamiento negativo. La póliza es la siguiente:

Reglas para el comportamiento general:

1. **Resuelve conflictos pacíficamente.** Comunica y pide ayuda de los empleados. No use violencia física (golpes, empujar, patear, etc.)
2. **Siempre usa comportamiento seguro.** Camina cuando te estás moviendo de un cuarto a otro. No brinques o te pares en las sillas o en las mesas. Usa el equipo del programa (tijeras, carpintería, etc.) solamente con la supervisión de los empleados.
3. **Trata a todo el mundo con respeto.** Incluye a otras niñas en actividades. Girls Incorporated es para que todas disfruten. Habla con otras personas como te gustaría que hablaran contigo. No se permite chismear, chillar o gritar a otros.
4. **Usa las provisiones y el equipo de Girls Incorporated solamente en Girls Incorporated y con la supervisión de los empleados.** Los libros de la biblioteca se pueden sacar y devolver a Girls Incorporated. Las provisiones y el equipo no se pueden usar sin el permiso de los empleados y NINGÚN EQUIPO se puede llevar a casa o fuera de Girls Inc. Devuelva materiales, juegos y equipo a sus lugares apropiados después de usarlos.
5. **Pide permiso de un empleado adulto en tu área antes de salir del cuarto.** Si necesitas beber agua, usar el baño, o ir a otro cuarto, primero tienes que decírselo al empleado encargado de esa área para que sepamos dónde estás y que estás en un área segura en cada momento.

6. **Ir directamente a tu cuarto asignado cuando vuelves de cualquier paseo fuera del edificio.** Después que el empleado toma asistencia, entonces puedes pedir ir a beber agua, ir al baño, o buscar tus cosas.
7. **Dile a la asistente del programa antes de irte del programa cada día.** Cuando te vienen a buscar de Girls Inc., o antes de irte a casa caminando, *si tienes permiso escrito*, tienes que decirle a la asistente del programa que te vas, para que así sepamos con quien te vas y a qué hora te vas, y así sabemos que estás segura. Uno de los padres/encargados o persona designada tiene que firmar cuando viene a buscar la niña.
8. **Escucha a los empleados cuando te hablan.** Esto incluye durante tiempo informal, actividades durante el programa, y tiempo de círculo. Mantén contacto visual y mantente callada hasta que la persona ha terminado de hablar. No des la vuelta, pongas los ojos en blanco, leas o hagas la tarea cuando los empleados están hablando contigo o con el grupo.

Consecuencias en cuanto al comportamiento:

1. Cuando una niña rompe una regla, primero le daremos un aviso verbal, y si **repite** lo mismo, le pediremos que tome un **descanso de 5 minutos** en el cuarto, pero aparte del grupo. Puede volver al grupo o la actividad cuando pueda seguir las reglas. Durante su descanso, las niñas pueden reflejar sobre su comportamiento y pensar en maneras alternativas de comportarse en situaciones similares. Cuando el descanso termina, la participante y el empleado revisarán el incidente y discutir maneras alternativas de comportarse.
2. A cada niña edades 5-9 que ha tenido tres descansos entre una actividad se les mandará a la directora del programa para revisar las reglas y discutir mejores maneras de seguirlas. Mandaremos una nota a casa para informar los padres/encargados del problema en cuanto al comportamiento. Cada niña de edades 10-13 que tiene más de un descanso en una sola actividad se les mandará a la directora del programa para revisar las reglas y discutir mejores maneras de seguirlas. Le mandaremos una nota a los padres/encargados sobre su comportamiento.
3. Si mandamos a una participante a la directora del programa tres veces en una semana tendrá una suspensión interna. Los padres/encargados también recibirán una nota. Escribiremos un contrato de comportamiento específico para la niña el cual será firmado por todos.
4. Si el comportamiento sigue, tendremos una reunión obligatoria para ver si se necesita colaboración de afuera para que la participante pueda seguir asistiendo al programa. **Haremos todo lo posible para que la participante siga asistiendo al programa.**
5. Cualquier acto de violencia contra otra participante puede resultar en **suspensión inmediata** del programa. La suspensión puede variar de 1 a 5 días. Actos de violencia incluyen golpear, patear, o amenazar a otras participantes del programa. La decisión de suspender a una participante será de la directora del programa o el/la que esté encargado/a.

6. En caso de emergencia, lo cual Girls Incorporated define como **una situación que propone una amenaza inminente de daño físico a la propiedad, el ambiente, otras personas o ellos mismos**, los empleados de Girls Incorporated proveerá seguridad para todas las niñas a través de uno o más de los siguientes métodos: discusión, un breve descanso, o la implementación de un plan conductual. En todos casos, los empleados primero usarán el método de intervención menos restrictivo o menos indiscreto. Si una participante demuestra un patrón de problemas en cuanto a su comportamiento, se diseñará un plan conductual individual para esa participante, para ayudar a modificar su comportamiento después que todas opciones se hayan agotado. Ella será referida a otro programa que mejor adapta a sus necesidades.

Hemos leído, entendido y accedemos a seguir las reglas generales de comportamiento como declaradas en la Póliza de Comportamiento y Disciplina de Girls Incorporated de Lynn.

Firma de Padre/Encargado

Fecha

Firma de Participante

Fecha

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de la niña _____

Dirección _____

Fecha de Nacimiento _____ # de Teléfono _____

INSTRUCCIONES PARA PONERSE EN CONTACTO CON LOS PADRES/ENCARGADOS

1. _____
Nombre, Dirección y # de Teléfono

2. _____
Nombre, Dirección y # de Teléfono

PEDIATRA/LUGAR DONDE RECIBE ASISTENCIA MÉDICA

Nombre del Médico, Dirección, y # de Teléfono

PERSONAS PARA CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA

1. _____
Nombre, Dirección y # de Teléfono

2. _____
Nombre, Dirección y # de Teléfono

TRATAMIENTO MÉDICO EN CASO DE EMERGENCIA

Doy permiso a Girls Incorporated de Lynn administrar primeros auxilios y/o CPR a mi hija _____, y/o llevar mi hija a un hospital para asegurar tratamiento médico cuando no pueden ponerse en contacto conmigo o cuando tardar el tratamiento sería peligroso para la salud de mi hija.

Firma de Padre/Encargado

Fecha

ALERGIAS, CONDICIONES DE SALUD CRÓNICAS _____

NECESIDAD ESPECIAL _____

Información de Seguro Médico (opcional)

Nombre de la Compañía _____ Hospital Participante _____

de Póliza _____ Instrucciones Especiales _____

FORMULARIO DE ALERTA MÉDICA

FECHA: _____

Según la información en el paquete de matriculación de su hija, ella tiene las siguientes alergias/condiciones médicas:

O:

Incapacidad: Aprendizaje Del Desarrollo Visual Auditivo Movilidad

Para que Girls Incorporated de Lynn pueda tomar las precauciones apropiadas para asegurar la seguridad y salud de su hija, por favor especifique la discapacidad o síntomas de reacción y los procedimientos que los empleados deben seguir si su hija experimenta una reacción alérgica durante el programa.

Ella tiene: EpiPen Insulina Nada

Atentamente,
Girls Incorporated de Lynn
50 High Street
Lynn, MA
01902

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO MÉDICO
102 CMR 7.05 (2) (C)

Nombre de su hija: _____

Nombre del medicamento: _____

Receta _____ Sin Receta _____

Dosis: _____

Fecha/s que debemos dar el medicamento: _____

Hora que debemos dar el medicamento: _____

Razón/es por el medicamento: _____

Efectos secundarios posibles: _____

Nombre y # de teléfono del médico que recetó el medicamento: _____

Donde se debe guardar el medicamento: _____

Yo, _____, doy permiso a los empleados autorizados administrar medicamento(s) a mi hija como está indicado arriba.

Firma de Padre/Encargado

Fecha

Firma de Médico: _____

Querido Padre/Encargado,

Girls Incorporated de Lynn le pide su permiso para ponerse en contacto con el/la maestro/a de su hija para determinar si nuestro programa la está ayudando completar su tarea y también determinar otras áreas en las cuales la podemos ayudar. Si tiene alguna pregunta, por favor llámeme a 781-592-9744 x 224. Gracias por su apoyo y su cooperación.

Atentamente,

Maria Manzueta

Directora del Programa

Le doy permiso a Girls Incorporated de Lynn ponerse en contacto con el/la maestro/a de mi hija y recibir copias de sus notas para poder evaluar su estatus académico y ayudarla donde lo necesite académicamente. Yo comprendo que la información compartida entre sus maestros/as y los empleados de Girls Incorporated en cuanto a su progreso académico será confidencial.

Nombre de niña participando el programa: _____

Escuela: _____ Maestro/a: _____

Servicios de Educación Especial: IEP plan 504 plan Nada

Por favor describa cualquier tipo de servicio/ayuda que su hija recibe actualmente

Firma de Padre/Encargado: _____

Fecha: _____

GIRLS INCORPORATED OF LYNN

Salud Oral Formulario de No-Participación

En enero del 2010, EEC emitió nuevas reglamentaciones para programas de atención de niños que incluyen un requisito que los educadores ayudaran a los niños a cepillarse los dientes si los niños están en atención durante más de cuatro horas o si los niños tienen una comida mientras están en el programa [606 CMR 7.11(11) (d)]. Este Reglamento pretende:

- Ayudar a que los niños aprendan acerca de la importancia de la buena salud oral
- Proporcionar información y recursos sobre la buena salud oral a programas de atención de niños y familias
- Ayudar a abordar la alta incidencia de caries entre los niños pequeños en Massachusetts, que está asociado con numerosos riesgos para la salud

Programas con licencia de EEC deben cumplir con este Reglamento. Sin embargo, los padres pueden elegir que su hijo(a) no participen en cepillarse los dientes mientras están presente en el programa de cuidado de niños. Usted no necesita completar este formulario para que su hijo(a) participen en cepillado de dientes mientras están en el cuidado de los niños. Sin embargo, si no desea que su hijo se lave los dientes mientras está en el programa de cuidado de niños, por favor, complete la información que se encuentra a continuación. Debe completar un formulario independiente para cada niño en atención. Este formulario debe renovarse anualmente y se mantendrá en el registro de su hijo en el programa. Si usted cambia de opinión y desea que su niño participe en el cepillado dental, este formulario podrá ser retirado en cualquier momento mediante la solicitud por escrito que se eliminarán de archivo de su hijo.

Gracias,

No quiero que mi hijo participe en cepillado dental cuando se encuentre en el programa en: Girls Incorporated de Lynn.

Nombre de padre/encargado: _____

Nombre de niña: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Si tiene alguna pregunta o inquietud, por favor llame a: Maria Manzueta en 781 592-9744 ext. 224