



**NORTH SHORE HOLIDAY HOUSE**

*Since 1914*

## Solicitud de Campamento 2025

NORTH SHORE HOLIDAY HOUSE acepta campistas femeninas de entre 7 y 15 años de edad.

Se deben cumplir las pautas de ingresos del USDA para ser elegible para almuerzo gratuito o reducido. Los ingresos más altos serán evaluados caso por caso.

Por favor, complete la solicitud en su totalidad e incluya los documentos médicos. El Formulario de Historia de Salud 2 debe ser completado completamente, sellado y firmado por un profesional médico. No aceptamos exámenes físicos sin nuestra documentación incluida. También debe adjuntarse una copia del registro de inmunización del campista.

Le recomendamos escanear y enviar por correo electrónico su solicitud a [camp@nshh.org](mailto:camp@nshh.org). Asegúrese de que la solicitud esté en el orden correcto. Alternativamente, puede enviar la solicitud por correo a 74 Huntington Rd, Huntington NY, 11743.

**No aceptamos solicitudes enviadas por fax.**

### Lista de verificación

<input type="checkbox"/> Información del campista	Page 1 - 3
<input type="checkbox"/> Acuerdo y Exoneración de Responsabilidad	Page 4
<input type="checkbox"/> Autorización de Fotografía y Exoneración	Page 5
<input type="checkbox"/> Ensayo del campista	Page 6
<input type="checkbox"/> Formulario de Historia de Salud 1 (Llenado por el padre/tutor)	Page 7
<input type="checkbox"/> Formulario de Historia de Salud 2 (Llenado por un profesional médico)	Page 8
<input type="checkbox"/> Consentimiento Parental para el Tratamiento	Page 9-11
<input type="checkbox"/> Formulario de Ingresos del USDA (debe ser completado en su totalidad)	Attached

**Si tiene alguna preocupación o pregunta especial, por favor comuníquese con el campamento al 631 427 7630 o a [camp@nshh.org](mailto:camp@nshh.org).**

## El padre debe completar/Parent Must Complete

Nombre de la camper \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(Primero) (apellido)

edad \_\_\_\_\_ Grado Ingresando en septiembre de 2025 \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle Cuidad Código Postal

Teléfono de casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono celular de los padres (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico de los padres/Parent Email Address? \_\_\_\_\_

¿Volviendo Camper? Returning Camper? \_\_\_\_\_ (sí o no)

¿En qué años asistió al campamento? What years was camp attended? \_\_\_\_\_

### DATOS FAMILIARES/Family Data:

Camper vive con/Camper lives with (*marque todo lo que corresponda/check all that apply*):

Madre  Padre  Padre de crianza temporal  Guardián

Casa de un solo padre/Padre soltero/Single Parent Household (Un círculo/Circle One):  Si  No

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Nombre del padre de crianza temporal o tutor: \_\_\_\_\_

Relación del tutor/guardián: \_\_\_\_\_

Enumere todas las personas que viven con el niño (continúe en la parte posterior de la página si es necesario):

Please List all individuals living with the child (continue on the back of page if needed):

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Relación</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Alguno de los padres está autorizado para recoger la camper?  Si  No

Is either parent authorized to pick up the camper?

Agencia de referencia o escuela primaria/Referring Agency or Elementary School:

Nombre del trabajador social/Name of Social Worker: \_\_\_\_\_

Teléfono/Phone: \_\_\_\_\_

Marque la casilla si permite que Holiday House llame al trabajador social o a la agencia si una consulta sea necesario  
(Mark the box if you give Holiday House permission to call the social worker or agency if a consultation is necessary).

-----  
**CONTACTOS DE EMERGENCIA/ Emergency Contacts**

Por favor, enumere a tres personas que serán responsables de la camper si el padre o guardian/tutor no este disponible.  
**Se requiere información sobre los tres contactos y se debe llenar completamente.**

Por favor, designe (marque) a un contacto de emergencia que esté autorizado para recoger al niño.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono /celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono /celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono /celular  
(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Por favor indique el nombre de la persona que recogerá a su hijo del campamento:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono /celular  
(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**SE REQUIERE FIRMA/SIGNATURE IS REQUIRED**

\_\_\_\_\_  
Padre o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escribir Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación al niño

## ANTECEDENTES DEL NIÑO/Child's Background

¿Alguna de las siguientes cosas sucedió el año pasado? (Por favor marque a los que apliquen):

- Muerte de un familiar/Death of a family member    accidente/accident    hospitalizado/hospitalization
- Enfermedad del niño o miembro de la familia/illness of child or family member
- orfanato/foster care    falta de vivienda/Homelessness
- separación de cualquiera de los padres/separation from either parent
- Otro...por favor explique/Other...please explain:
- 
- 

Seleccione el origen étnico del niño y la categoría o categorías raciales con las que se identifica mejor (marque todos que apliquen)/  
Please select the child's ethnic origin and racial category or categories with which she most closely identifies by checking off as many as apply.

Etnicidad/Ethnicity:  Hispano o latino    No Hispano o Latino

Carrera/Race:

- indio americano o nativo de Alaska    Asiático    nativo de Hawai o las islas del Pacífico
- negro o afroamericano    Blanco

### SESIÓN SOLICITADA

Limitamos las sesiones de campamento a una por niño. Se le notificará por correo electrónico sobre su aceptación. Si no ha confirmado su sesión de campamento, asegúrese de contactarnos antes del inicio del campamento.

Marque cuál es su primera opción, segunda opción, tercera opción y cuarta opción:

SESIONES PARA LAS EDADES 7-11    6/30 - 7/11    7/14 - 7/25    7/28 - 8/8

SESIONES PARA LAS EDADES 12-15    8/11 - 8/15    8/18 - 8/22

### CAMPER ES:

EMOCIONADO/excited    NO EMOCIONADO/not excited    INSEGURO/unsure

Le doy permiso a Holiday House para que mi hijo participe en excursiones, incluido el transporte para el mismo. I give Holiday House permission to have my child participate in field trips, including the transporting for same.

Mi campista y yo hemos leído y entendido las reglas del campamento, que se encuentran en la guía para padres, y

**mi campista se compromete a seguir estas reglas mientras esté en el campamento.** My camper and I have read and understood the camp rules, within the parent guide, and my camper is committed to following these rules while at camp.

### **Acuerdo y Liberación de Responsabilidad**

1. En consideración a Camper nombrado arriba ("Camper") se le permite asistir al campamento de descanso y participar en el actividades y programas en North Shore Holiday House, una corporación sin fines de lucro de Nueva York (la "Casa de vacaciones"), y Para utilizar sus instalaciones y equipos, además del pago de cualquier tarifa o cargo, y como condición de inscripción, los padres (o Guardián Legal) por la presente indemniza, renuncia, libera y da de baja para siempre a Holiday House y sus miembros, gerentes, directores, oficiales, agentes, empleados, representantes, sucesores y cesionarios, administradores, ejecutores y todo otros asociados con Holiday House de cualquier y toda responsabilidad o responsabilidad por lesiones o daños que resulten de mi participación en actividades o programas de Casa de vacaciones o el uso que Camper hace de las instalaciones, equipos o maquinaria en las tales actividades o programas. El padre (o tutor legal) también libera por la presente a todos los mencionados y cualquier otro actuar en su nombre por cualquier responsabilidad u obligación por cualquier lesión o daño a Camper, incluidos los causados por la negligencia ordinaria de cualquiera de los mencionados u otros que actúen en su nombre o de cualquier manera que surja de o esté relacionado con La participación de Camper en cualquier actividad de Holiday House o el uso de cualquier instalación / equipo o maquinaria en Holiday Casa. Reconozco y comprendo que esta divulgación se otorga antes de cualquier lesión o daño a Camper y que incluye lesiones o daños a Camper causados por la negligencia ordinaria de los liberados, pero no por las reclamaciones relacionado con negligencia grave o conducta intencional / arbitraria / criminal / intencional o actoso de aquellos que de otro modo son liberados por la presente. El padre (o tutor legal) entiende que él / ella está renunciando a derechos sustanciales (incluido el derecho a demandar) y reconoce que él / ella está firmando este documento de forma libre y voluntaria y que, con su firma, pretende proporcionar un Liberación total e incondicional de toda responsabilidad en la mayor medida permitida por la ley.

**SI USTED ENTIENDE Y ACEPTA, POR FAVOR INICIAL \_\_\_\_\_**

2. El padre (o tutor legal) reconoce y comprende completamente que nadar, acampar, hacer caminatas, actividades que involucran animales, actividades al aire libre y ciertos proyectos de arte y artesanía, incluido el uso de equipos en relación con aquellos actividades, son actividades potencialmente peligrosas. El padre (o tutor legal) también entiende que tales actividades tienen un carácter inherente riesgos y peligros potenciales y reconoce y acuerda que existe el riesgo de lesiones importantes por participar en tales actividades. Actividades, incluida la parálisis permanente y la muerte. Los riesgos inherentes también incluyen, entre otros, actos u omisiones de otros campistas, la condición del equipo o la propiedad (incluso si se mantienen adecuadamente), las condiciones climáticas (como los rayos) huelgas, quemaduras solares, lluvias o tormentas de granizo, tornados y similares), el riesgo de que Camper se involucre en actividades no autorizadas, La condición física de Camper y el propio acto u omisión de Camper. El padre o tutor legal de Camper da permiso para Camper para participar en las actividades y programas de Holiday House, y Camper participa voluntariamente en estos Actividades y uso de instalaciones, equipos y maquinaria, con conocimiento de los peligros y riesgos inherentes involucrados. Camper y los padres (o tutor legal) acuerdan asumir y aceptar expresamente todos los riesgos de lesiones o muerte.

**SI USTED ENTIENDE Y ACEPTA, POR FAVOR INICIAL \_\_\_\_\_**

3.El padre (o tutor legal) representa y garantiza a Holiday House que Camper tiene más de la edad mínima de 6 años requerida para participar en el campamento de descanso nocturno y que goza de buena salud y no sufre ninguna afección, discapacidad, enfermedad, enfermedad u otra enfermedad. eso evitaría su participación o uso de equipo o maquinaria, excepto \_\_\_\_\_ (continúe en una página separada si es necesario). El padre (o tutor legal) reconoce que él / ella ha consultado con el médico personal de Camper que ha certificado que Camper está en condiciones de participar en un programa de campamento activo.

**SI USTED ENTIENDE Y ACEPTA, POR FAVOR INICIAL \_\_\_\_\_**

Las partes acuerdan que las disposiciones de este "Acuerdo y Liberación de Responsabilidad" ("Acuerdo") se considerarán desglosables y que la invalidez o inaplicabilidad de una o más de las disposiciones de las cláusulas del presente no afectará la validez o la exigibilidad de las demás disposiciones o cláusulas del presente documento, excepto lo que se establece específicamente en este documento. Los términos de este Acuerdo Constituyen todo el acuerdo y entendimiento entre las partes. Este Acuerdo se realiza de conformidad con y será interpretado bajo las leyes del estado de Nueva York. Este Acuerdo será vinculante para los abajo firmantes, sus herederos, Ejecutores, administradores y cesionarios.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor legal

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del padre/madre/tutor legal

### **Liberación y Renuncia de Fotografía**

Por la presente otorgo permiso a North Shore Holiday House, una corporación sin fines de lucro de Nueva York ("Holiday House"), y su Miembros, gerentes, directores, oficiales, agentes, empleados, representantes, sucesores y cesionarios, y todos los demás. asociado con Holiday House, para fotografiar mi imagen, semejanza o representación y / o la de mis hijos menores. Por la presente otorgar permiso a la Casa de vacaciones para editar, recortar o retocar dichas fotografías, y renunciar a cualquier derecho de inspeccionar la final fotografías Por la presente autorizo y permito que se usen y / o fotografíen las fotografías mías y / o de mis hijos menores. reproducido por la Casa de vacaciones en todo el mundo para cualquier propósito, incluyendo propósitos de publicidad, y en cualquier medio, Incluidos impresos y electrónicos. Entiendo que la Casa de vacaciones puede usar tales fotografías con o sin asociación nombres a los mismos. Además renuncio a cualquier reclamo de compensación de cualquier tipo por el uso o publicación de la Casa de Vacaciones Fotografías mías y / o de mis hijos menores.

Por este medio descargo y libero completamente y para siempre a Holiday House de cualquier reclamo por daños de cualquier tipo (incluyendo, pero no limitado a, invasión de la privacidad; difamación; luz falsa o apropiación indebida de nombre, semejanza o imagen) que surja de la uso o publicación de fotografías de mí y / o las de mis hijos menores por parte de la Casa de Vacaciones, y pacto y acuerdo no demandar o iniciar procedimientos legales contra la Casa de Vacaciones por dicho uso o publicación en mi nombre o en nombre de mis hijos menores. Todas las concesiones de permiso y consentimiento, y todos los convenios, acuerdos y entendimientos Los contenidos aquí son irrevocables.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor legal

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del padre/madre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Nombre del niño

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Formulario 1 del historial médico de Camper  
(completado por el padre y para ser revisado por el médico)**

Nombre de la camper \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(Primero) (Último)

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código Postal

Teléfono de casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono celular de los padres (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico de los padres/Parent Email Address \_\_\_\_\_

**Padre / tutor con custodia legal para ser contactado en caso de enfermedad o lesión:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación hacia el niño \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

**Segundo padre / tutor u otro contacto de emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación hacia el niño \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

**Historial de salud: (marque todas las que correspondan y explique):**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD                    | <input type="checkbox"/> Ansiedad                | <input type="checkbox"/> Asma                     |
| <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento | <input type="checkbox"/> Diarrea / Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Las infecciones del oído |
| <input type="checkbox"/> Los anteojos                | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza       | <input type="checkbox"/> Menstruación             |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico psiquiátrico    | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Problemas de la piel     |
| <input type="checkbox"/> dormir caminando            | <input type="checkbox"/> Orinar en la cama       | <input type="checkbox"/> Hemorragias nasales      |
| <input type="checkbox"/> Otra _____                  |  |   |

Explicación: \_\_\_\_\_

Historia pasada de hospitalización / cirugía: \_\_\_\_\_

Necesidades especiales: \_\_\_\_\_

**Alergias:** este campista es alérgico a: \_\_\_\_\_

**Dieta:** por favor, describa a continuación las restricciones dietéticas que deben seguirse:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Formulario 2: del historial médico de Camper

(Este formulario debe ser completado completamente por un proveedor de atención médica y se debe adjuntar una copia de los registros de inmunización del campista.)

Camper's Name \_\_\_\_\_  
(First) (Last)

Date of Birth \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Month) (Day) (Year)

**Please complete the following/attach copy of most recent physical (within 12 months) \*Exam Date:** \_\_\_\_\_

Height: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_ BP: \_\_\_\_\_ Pulse: \_\_\_\_\_ Hearing: \_\_\_\_\_ Vision: \_\_\_\_\_ PPD: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_

### Daily Medication Orders while at camp

(Note all medication, vitamins, supplements, natural remedies will need to be in original packaging with doctor orders.)

Name of Medication	Diagnosis	Dose/Amount	Route	Frequency
				<input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Bedtime Other _____
				<input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Bedtime Other _____
				<input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Bedtime Other _____

If the child/camper needs any of the following over the counter medications a medical professional will administer according to weight and/or manufacturer recommendations. **This signed standing order provides passive consent unless otherwise indicated below. If specific dosages are necessary, the medical provider will indicate below in available space given.**

Generic Medication	Indication	Dosage or mark NO
Anbesol	Tooth Pain	_____
Benadryl	Allergic Reaction (insect bites, hives)	_____
Children's Tums	Upset stomach, diarrhea.	_____
Hydrocortisone cream 1%	Allergic Reactions, (bites, contact dermatitis)	_____
Acetaminophen	Pain or Fever	_____
Ibuprofen	Pain or Fever	_____
Antibiotic cream	Superficial cuts/Abrasions	_____
Normal Saline	Rinse eye	_____
Swimmers Ear- drop	Ear pain or discomfort.	_____
Calamine lotion	Allergic Reaction (insect bites, hives)	_____
Milk of Magnesia	Constipation	_____

The above-named camper may participate in all camp activities:    Yes    No

Physician Printed Name: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Physician Stamp & License Number: **(Required)** \_\_\_\_\_ Date of Examination: \_\_\_\_\_

Address and Phone number: \_\_\_\_\_

## Hoja informativa sobre la enfermedad meningocócica

**¿Qué es la enfermedad meningocócica?** La enfermedad meningocócica es una infección bacteriana grave del torrente sanguíneo o meninges (un revestimiento delgado que cubre el cerebro y la médula espinal) causado por el meningococo germen.

**¿Quién contrae la enfermedad meningocócica?** Cualquier persona puede contraer la enfermedad meningocócica, pero es más común en bebés y niños. Para algunos adolescentes, como el primer año de universidad. Los estudiantes que viven en dormitorios, hay un mayor riesgo de enfermedad meningocócica. Cada año en los Estados Unidos aproximadamente 2.500 personas están infectadas y 300 mueren de la enfermedad. Otras personas en mayor riesgo incluyen los contactos domésticos de una persona conocida haber tenido esta enfermedad, personas inmunocomprometidas y personas que viajan a partes del mundo donde hay meningitis meningocócica predominante.

**¿Cómo se propaga el meningococo germen?** El germen de meningococo se transmite por contacto directo con las descargas de la nariz o la garganta de una persona infectada.

**¿Cuales son los síntomas?** La fiebre alta, el dolor de cabeza, los vómitos, el cuello rígido y una erupción cutánea son síntomas de la enfermedad meningocócica. Los síntomas pueden aparecer de dos a 10 días. Después de la exposición, pero por lo general dentro de los cinco días. Entre las personas que desarrollan enfermedad meningocócica, entre el 10 y el 15 por ciento mueren a pesar del tratamiento con antibióticos. De los que viven, daño cerebral permanente, pérdida de audición, insuficiencia renal, pérdida de brazos o piernas o sistema nervioso crónico pueden ocurrir problemas.

**¿Cuál es el tratamiento para la enfermedad meningocócica?** Los antibióticos, como la penicilina G o la ceftriaxona, se pueden usar para tratar a las personas con enfermedad meningocócica.

**¿Se debe tratar a las personas que han estado en contacto con un caso diagnosticado de meningitis meningocócica?** Sólo personas que han estado en contacto cercano (miembros de la familia, contactos íntimos, personal de atención médica que realizan la comunicación boca a boca). resucitación, guarderías infantiles, etc.) deben considerarse para tratamiento preventivo. Estas personas suelen ser aconsejadas para obtener una Prescripción de un antibiótico especial (ya sea rifampicina, ciprofloxacina o ceftriaxona) de su médico. Contacto casual, como podría ocurrir en un aula regular, la oficina o el entorno de fábrica, no suelen ser lo suficientemente importantes como para causar preocupación.

**¿Existe alguna vacuna para prevenir la meningitis meningocócica?** Hay tres vacunas disponibles para la prevención de la meningitis. La vacuna preferida para personas de 2 a 55 años de edad es Meningococcal. vacuna conjugada (MCV4). Esta vacuna está autorizada como Menactra (sanofi pasteur) y Menveo (Novartis). Polisacárido meningocócico La vacuna (MPSV4; Menomune [sanofi pasteur]) debe usarse para adultos mayores de 56 años. Las vacunas son 85 a 100 por ciento efectivas enpreviniendo los cuatro tipos de germen de meningococo (tipos A, C, Y, W-135). Estos cuatro tipos causan alrededor del 70 por ciento de la enfermedad en el Estados Unidos. Debido a que las vacunas no incluyen el tipo B, que representa aproximadamente un tercio de los casos en adolescentes, no previenen Todos los casos de enfermedad meningocócica.

**¿Es segura la vacuna? ¿Existen efectos secundarios adversos a la vacuna?** Las tres vacunas disponibles para prevenir la meningitis meningocócica son seguras y efectivas. Sin embargo, las vacunas pueden causar leves y efectos secundarios poco frecuentes, como enrojecimiento y dolor en el lugar de la inyección que duran hasta dos días.

**¿Quién debe recibir la vacuna meningocócica?** La vacuna se recomienda de manera rutinaria para todos los adolescentes de 11 a 12 años, todos los adolescentes no vacunados de 13 a 18 años y las personas de 19 a 21 años. Años que se matriculan en la universidad. La vacuna también se recomienda para personas de 2 años o más a quienes se les haya extraído el bazo. o tiene otras enfermedades crónicas, así como algunos trabajadores de laboratorio y viajeros a áreas endémicas del mundo.

**¿Quién necesita una dosis de refuerzo de la vacuna meningocócica?** Los CDC recomiendan que los niños de 11 o 12 años se vacunen de forma rutinaria con Menactra o Menveo y reciban una dosis de refuerzo a los 16 años. años. Los adolescentes que reciben la primera dosis entre los 13 y los 15 años deben recibir una dosis de refuerzo única, preferiblemente entre los 16 y los 18 años. Los adolescentes que reciben su primera dosis de la vacuna conjugada contra el meningococo a partir de los 16 años de edad no necesitan una dosis de refuerzo, siempre que No tienen factores de riesgo. Todas las personas que corren mayor riesgo de contraer una infección meningocócica deben recibir dosis de refuerzo adicionales. Si el La persona tiene 56 años o más, debe recibir Menomu.

## Consentimiento de los padres para el tratamiento

Por la presente doy permiso al North Shore Holiday House Camp para brindar atención médica de rutina, administrar medicamentos ordenados por un médico, y buscar tratamiento médico de emergencia, incluyendo el pedido de radiografías y / o exámenes de rutina. Le doy permiso al campamento Director para determinar si las circunstancias merecen la necesidad de un niño para ser enviado a casa. Doy permiso para que el campamento se encargue de Transporte relacionado necesario para mi hijo. En caso de que no pueda contactarme en caso de emergencia, doy permiso a la médico seleccionado por North Shore Holiday House Camp para asegurar y administrar el tratamiento, incluida la hospitalización para el campista nombrado arriba El formulario completado puede ser fotocopiado para viajes fuera del campamento. También entiendo y acepto cumplir con cualquier restricción puesto en la participación de mi hijo en las actividades del campamento. Doy permiso para que mi hijo reciba cualquiera y todos los medicamentos recetados por el Médico anotado en el formulario médico. Doy permiso para que el personal del campamento aplique protector solar a mi hijo.

\_\_\_\_\_  
Firma de los padre

\_\_\_\_\_  
Imprimir nombre

\_\_\_\_\_  
Nombre de la niña

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Reconocimiento de información sobre la enfermedad de meningitis meningocócica

- He leído, o me han explicado, la información sobre la meningitis meningocócica.
- Entiendo los riesgos de no recibir la vacuna. Mi hijo no ha recibido inmunización contra la enfermedad de meningitis meningocócica en este momento.
- Mi hijo ha recibido la inmunización contra la meningitis meningocócica en los últimos 10 años. (Ver registro de vacunación requerido para la fecha).

**Signo de los padres a continuación que ha leído el Consentimiento para el tratamiento y el reconocimiento de la meningitis:**

\_\_\_\_\_  
Firma de los padre

\_\_\_\_\_  
Imprimir nombre

\_\_\_\_\_  
Nombre de la niña

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Prototipo de solicitud para familias de comidas gratis o a precio reducido para el año 2016-2017

Realice la solicitud en línea en [www.abcdefgh.edu](http://www.abcdefgh.edu)

Rellene una solicitud por vivienda. Utilice un bolígrafo (no un lápiz).

## PASO 1 Enumerar a TODOS los miembros de la vivienda que sean bebés, niños y estudiantes hasta el 12.º grado inclusive (si se requieren más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel)

**Definición de miembro de la vivienda:** "Cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, aunque no estén emparentados".

Los niños en **régimen de acogida** y los que encajan en la definición de **personas sin hogar, migrantes o fugados** tienen derecho a recibir comidas gratis. Lea **Cómo solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido** para obtener más información.

Nombre del niño	Inicial del segundo nombre	Apellido del niño	Grado	¿Estudiante? Sí No	Niño en régimen de acogida	Sin hogar, migrante, fugado
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Marque todo lo que corresponda

## PASO 2 ¿Algún miembro de su vivienda (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de ayuda: ¿SNAP, ANF o FDIPIR?

En caso **NEGATIVO** > Vaya al PASO 3. En caso **AFIRMATIVO** > Escriba aquí un número de expediente y vaya al PASO 4 (No rellene el PASO 3)

Número de expediente:

Escriba solo un número de expediente en este espacio.

## PASO 3 Declarar los ingresos de TODOS miembros de la vivienda (Omita este paso si su respuesta es "Sí" en el PASO 2)

¿No está seguro de qué ingresos incluir aquí?

Dele la vuelta a la página y consulte las listas tituladas "Fuentes de ingresos" para obtener más información.

La lista "Fuentes de ingresos de niños" le ayudará en la sección Ingresos del niño.

La lista "Fuentes de ingresos de adultos" le ayudará en la sección Todos los miembros adultos de la vivienda.

**A. Ingresos del niño**  
A veces, los niños de la vivienda tienen ingresos. Incluya los ingresos TOTALES obtenidos por todos los miembros de la vivienda enumerados en el PASO 1 aquí.

Ingresos del niño \$  ¿Con qué frecuencia?  Semanales  Quincenales  Bimensuales  Mensuales

**B. Todos los adultos miembros de la vivienda (incluido usted)**  
Enumere a todos los miembros de la vivienda que no aparezcan en el PASO 1 (incluido usted), aunque no reciban ingresos. Por cada miembro de la vivienda enumerado, si reciben ingresos, declare el ingreso total bruto (antes de impuestos) por cada fuente en dólares en números enteros (sin centavos) solamente. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que declarar.

Nombres de los miembros adultos de la vivienda (nombre y apellido)	Ingresos profesionales	¿Con qué frecuencia?				Ayuda pública/ manutención infantil / pensión alimenticia	¿Con qué frecuencia?				Pensión/jubilación/ otros	¿Con qué frecuencia?			
		Semanales	Quincenales	Bimensuales	Mensuales		Semanales	Quincenales	Bimensuales	Mensuales		Semanales	Quincenales	Bimensuales	Mensuales
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Total de miembros de la vivienda (Niños y adultos)

Últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social (SSN - Social Security Number) del sustento principal u otro miembro adulto de la vivienda

Marque si no tiene SSN

## PASO 4 Información de contacto y firma de un adulto

"Certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es veraz y que he declarado todos los ingresos. Entiendo que esta información se da en relación con la recepción de fondos federales, y que las autoridades escolares pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si he dado información falsa con conocimiento de causa, mis niños pueden perder la prestación de alimentación y se me podría procesar con arreglo a las leyes federales y estatales pertinentes".

Dirección (si está disponible)  Apartamento n.º

Ciudad  Estado  Código postal

Teléfono durante el día y correo electrónico (opcional)

Nombre del adulto que firma el formulario  Firma del adulto  Fecha de hoy

**INSTRUCCIONES**

**Fuentes de ingresos**

Fuente de ingresos de niños	
Fuentes de ingreso del niño	Ejemplo(s)
- Ingresos profesionales	- Un niño tiene un trabajo fijo a tiempo completo o parcial en el que gana un sueldo o salario
- Seguridad Social - Pagos por discapacidad - Beneficios al supérstite	- Un niño es ciego o discapacitado y recibe prestaciones de la Seguridad Social - Uno de los padres es discapacitado, está jubilado o ha fallecido, y su niño recibe prestaciones de la Seguridad Social
- Ingresos de una persona ajena a la vivienda	- Un amigo u otro familiar da regularmente dinero al niño
- Ingresos de cualquier otra fuente	- Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensiones privado, anualidad o fideicomiso

Fuente de ingresos de adultos		
Ingresos profesionales	Ayuda pública / pensión alimenticia / manutención infantil	Pensión / jubilación / otros
- Sueldo, salario, bonos en efectivo - Ingresos netos como autónomo (granja o negocio)  Si está en el Ejército de Estados Unidos:  - Sueldo básico y bonos en efectivo (NO incluya el pago de combate, FSSA o subsidios de vivienda privatizados) - Subsidios por vivienda fuera de la base, alimentación y ropa	- Prestación por desempleo - Indemnización laboral - Ingresos de seguridad suplementarios (SSI - Supplemental Security Income) - Ayuda económica del estado o gobierno local - Pagos de pensión alimenticia - Pagos de manutención infantil - Prestaciones para los veteranos - Prestación por huelga	- Seguridad Social (incluidas las prestaciones de jubilación de empleados ferroviarios y por neumoconiosis) - Pensiones privadas o prestación por discapacidad - Ingresos regulares de fideicomisos o bienes inmuebles - Anualidades - Ingresos de inversión - Intereses ganados - Ingresos de alquiler - Pagos regulares en efectivo ajenos a la vivienda

**OPCIONAL**

**Identidad étnica y racial de los niños**

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza de sus niños y su origen étnico. Esta información es importante y ayuda a garantizar que servimos completamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y sus niños seguirán teniendo derecho a solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido.

**Grupo étnico (marque uno):**  Hispano o latino  No hispano o latino

**Raza (marque una o más):**  Indio americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico  Blanco

La **ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell** requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP - Programa de asistencia de nutrición complementaria), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA - U.S. Department of Agriculture), el USDA, sus organismos, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen étnico, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias o venganza por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para informarse del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua americana de signos, etc.) deben ponerse en contacto con el organismo (estatal o local) donde solicitaron sus prestaciones. Las personas sordas o con problemas de audición o deficiencias en el habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Federal Relay Service (servicio federal de transmisiones) en el (800) 877-8339. Además, puede encontrar información del programa en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación contra el programa, rellene el formulario de quejas por discriminación contra el programa de USDA, (USDA Program Discrimination Complaint Form - AD-3027) disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario rellenado o carta al USDA por:

correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410

fax: (202) 690-7442; o

correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.

**No rellenar**

**Para uso exclusivo del colegio**

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24 Monthly x 12

Total Income

How often?  Weekly  Bi-Weekly  2x Month  Monthly

Household size

Eligibility:  Free  Reduced  Denied

Categorical Eligibility

Determining Official's Signature  Date

Confirming Official's Signature  Date

Verifying Official's Signature  Date