

solicitud de campamento 2022

North Shore Holiday House acepta campistas mujeres que tienen entre siete y once años.

Se debe cumplir con la guía de ingresos del USDA para la elegibilidad de almuerzo gratis o reducido.

Debe proporcionar prueba de residencia en Nassau o el condado de Suffolk en Long Island, Nueva York.



Complete la siguiente lista de verificación antes de enviar su solicitud por correo.

Cuando esté completo, envíelo por correo a:

NORTH SHORE HOLIDAY HOUSE
74 Huntington Road, Huntington, Nueva York 11743

Se le notificará la aceptación por correo electrónico.

<input type="checkbox"/> Formulario de solicitud y tarifa	Página 2, 3, 4, 5 y 6
<input type="checkbox"/> Formulario de acuerdo y liberación de responsabilidad	Página 7
<input type="checkbox"/> Autorización y Permiso de Fotografía	Página 8
<input type="checkbox"/> Historial de salud del campista Formulario uno (completado por los padres)	Página 9
<input type="checkbox"/> Hoja informativa sobre el consentimiento para el tratamiento y el reconocimiento del meningococo	Página 10
<input type="checkbox"/> Historial de salud del campista formulario dos (completado por el proveedor de atención médica)	Página 11
<input type="checkbox"/> Camper Ensayo y foto (la foto es obligatoria)	Página 12
<input type="checkbox"/> Hoja informativa sobre el meningococo	Página 13 y 14
<input type="checkbox"/> Prueba de elegibilidad financiera y residencia: formulario e instrucciones del USDA	Página 15, 16 y 17
<input type="checkbox"/> Solicitud e instrucciones SCOPE	Página 18, 19, 20 y 21
<input type="checkbox"/> Registros de vacunas del proveedor de atención médica	Por favor añadir

Si tiene alguna inquietud o pregunta especial, comuníquese con el campamento al (631) 427 7630. También puede visitar nuestro sitio web www.nshh.org o enviar un correo electrónico a info@nshh.org

Estamos siguiendo todas las pautas de los CDC con respecto a COVID-19. Habrá protocolos para garantizar la seguridad de nuestros campistas y personal. Los protocolos se detallarán en nuestro sitio web antes del campamento.



El padre debe completar/Parent Must Complete

Nombre de la camper _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
 (Primero) (Último)

edad _____ Grado Ingresando en septiembre de 2022 _____ 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).

ANTECEDENTES DEL NIÑO/Child's Background

¿Alguna de las siguientes cosas sucedió el año pasado? (Por favor marque a los que apliquen) Have any of the following happened in the past year? (Please write a check next to those that apply)

- Muerte de un familiar/Death of a family member
 - Enfermedad del niño o miembro de la familia/illness of child or family member
 - accidente/accident
 - hospitalizado/hospitalization
 - 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 (enumere las fechas 1ª, 2ª, 3ª y 4ª de elección de campamentos)
SESSION REQUESTED (List 1st, 2nd, 3rd, 4th choice of camp session dates)

Limitamos las sesiones del campamento a una sesión por niño. Se le informará por correo electrónico de su aceptación. Si no ha confirmado su sesión del campamento, asegúrese de contactarnos antes del inicio del campamento. We limit camp sessions to one session per child. You will be notified by email of your acceptance. If you have not confirmed your camp session, be sure to contact us before the start of camp.

Fechas de la sesión de campamento:

Marque cuál es su primera opción, segunda opción, tercera opción y cuarta opción
Mark which one is your first choice and second choice.

6/27-7/08 7/11-7/22 7/25-8/5 8/8 - 8/19

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.

Please list three people who will be responsible for the camper if the parent or guardian is not available. Information on all three contacts is required and must be filled out completely.

Please designate (check) an emergency contact who would be authorized to pick up child.

Nombre _____ Relación _____ Teléfono /celular(____) _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono /celular(____) _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono /celular(____) _____

SE REQUIERE FIRMA/SIGNATURE IS REQUIRED

Padre o Tutor Legal

Fecha

Escribir Nombre

Relación al niño

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.

CAMPER ES:

- EMOCIONADO/excited** **NO EMOCIONADO/not excited** **INSEGURO/unsure**

Expectativas de la camper / metas por la experiencia del campamento/Campers expectation /goals for camp experience:

Expectativas de los padres por la experiencia del campamento/ Parents expectations for camp experience:

Cuales actividades del campamento le interesa a la camper/Activities camper is looking forward to doing camp

Enumere cual es son las inquietudes/problemas que tenga la camper que pueda afectar su comportamiento en el campamento/Any concerns/issues camper has that may affect her behavior at camp:

¿Cómo se maneja su hijo cuando haya conflicto? How does your child deal with conflict?

PREPARACIÓN DEL CAMPAMENTO: Padres, por favor revisen y marquen estos temas con su campista.

CAMP READINESS: Parents please review and check off these issues with your camper.

- Mi campista comprende que se espera que ella siga las reglas del campamento durante su estadía/ My camper understands that she will be expected to follow the camp rules during her stay.**
- Mi hija sabe que en el campamento no se permiten teléfonos celulares, iPads, etc. My daughter knows that cell phones, I-pads etc. are not allowed at camp**
- Mi campista entiende que el campamento no es responsable por ningún daño a las pertenencias personales. My camper understands that camp is not responsible for any damage to personal belongings.**
- Mi hija está preparada para tratar a los demás con amabilidad y respeto (no molestar, intimidar o “reprimir” a los demás). My daughter is prepared to treat others with kindness and respect (not tease, bully or “put down” others).**
- Mi campista asumirá la responsabilidad de su propia higiene de forma regular (cepillarse los dientes, lavarse el cabello, etc.) My camper will take responsibility for her own hygiene on a regular basis (brush teeth, wash hair, etc.)**
- Mi hija está preparada para mantener su espacio ordenado y ayudar a otros a limpiar toda la cabina. My daughter is prepared to keep her space tidy and assist others with cleaning the entire cabin**
- Mi hija está preparada para pedir ayuda a un adulto si tiene problemas con otros campistas. My daughter is prepared to go to an adult for help if she has issues with other campers**
- Mi campista está preparado para seguir todas las directrices de salud y de seguridad con el COVID-19 (lavarse las manos, distanciamiento social, etc.) My camper is prepared to follow all health and safety guidelines related to COVID-19 (washing hands, social distancing, etc.)**



COMENTARIOS ADICIONALES/ Additional Comments:

CUOTAS: El campamento es gratis, sin embargo, requerimos una tarifa de procesamiento de \$20 para mantener su lugar en el campamento. La tarifa debe ser en efectivo o en un giro postal y debe acompañar la solicitud.

FEES: Camp is tuition free, however, we do require a \$20 processing fee to hold your place in camp. The fee must be in the form of cash or a Money Order and must accompany the application.

Tarifa de procesamiento \$ 20 por niño / Processing Fee \$20 Per Child

La tarifa de solicitud no es reembolsable y debe presentarse con la solicitud.

Application fee is non-refundable and must be submitted with application.

He incluido la tarifa de procesamiento de \$ _____

(I have enclosed the \$20.00 processing fee)

For Office Use Only:

PROCESSING FEE ENCLOSED _____

DATE RECEIVED _____ ACCEPTANCE _____ CONFIRMATION FROM PARENT _____

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 actos 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 Cuidad 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: _____ Relacion hacia el niño _____

Dirección de correo electrónico: _____ Número de teléfono _____

Segundo padre / tutor u otro contacto de emergencia:

Nombre: _____ Relacion hacia el niño _____

Dirección de correo electrónico: _____ Nnúmero de teléfono _____

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

- ADD/ADHD Ansiedad Asma Orinar en la cama Problemas de comportamiento
- Diarrea / Estreñimiento Las infecciones del oído Los anteojos Dolores de cabeza
- Menstruación Hemorragias nasales Diagnóstico psiquiátrico Problemas respiratorios
- Problemas de la piel dormir caminando 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:



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



Formulario 2 del historial médico de Camper (este formulario debe ser completado por un profesional médico)

Camper's Name _____ Date of Birth _____
 (Last) (First) (Month) (Day) (Year)

Name of Healthcare Provider _____ Exam Date _____
 (Last) (First) (Must be within the past 12 months)

Please complete the following or attach a copy of most recent physical:

I have attached a copy of the most recent physical (dated within the past 12 months)

Height _____ Weight _____ BP _____ Pulse _____ PPD _____
 Urinalysis _____ Scoliosis _____ Hearing _____ Vision _____ BMI _____

Please complete the following regarding the camper's history of immunizations:

I HAVE ATTACHED A COPY OF THE CAMPER'S IMMUNIZATION RECORDS.

MEDICATIONS:

("Medication" is any substance a person takes to maintain and/or improve their health. This includes vitamins & natural remedies. All medications must come in their original packaging and be accompanied by a doctor's written orders.)

This camper **will take** the following daily medication(s) while at camp:

Name of medication	Date started	Reason for taking it	When it is given	Amount or dose given	How it is given
			<input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Bedtime <input type="checkbox"/> Other time: _____		
			<input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Bedtime <input type="checkbox"/> Other time: _____		
			<input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Bedtime <input type="checkbox"/> Other time: _____		
			<input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Bedtime <input type="checkbox"/> Other time: _____		

****Please continue on the back for additional medications****

The following medications are available in the camp infirmary and **will be only given** as needed by camp medical professional with your doctor's approval as per package instructions:

Drug Name (or generic)	Indications	Can be used?	Dosage
Anbesol	Tooth pain	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
Antibiotic Cream	Superficial Cuts/ Abrasions	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
Benadryl	Allergic Reaction (Hives, Insect Bites)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
Calamine Lotion	Allergic Reaction (Hives, Insect Bites)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
Children's Tylenol	Upset Stomach, Diarrhea	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
Hydrocortisone Cream 1%	Allergic Reactions (Contact Dermatitis, Bites)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
Ibuprofen	Pain or Fever	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
Milk Of Magnesia	Constipation	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
Swim Ear-Ear Drops	Ear Pain	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
Tylenol	Pain or Fever	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____

Approval for participation in activities: The above named child is able to participate in an active camp program Yes No

 Physician/Healthcare Provider's Signature

 Date of Examination

 Printed Name

 License Number & Stamp

Address _____

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.

¿Cuáles 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 en previniendo 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.



Hoja informativa sobre la 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. 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.



Solicitud 2019-2020 para comidas escolares / leche gratis oa precio reducido

INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN

Para solicitar comidas gratis y de precio reducido, complete solo una solicitud para su hogar siguiendo las instrucciones a continuación. Si tiene un hijo de crianza en su hogar, puede incluirlos en su solicitud. No se necesita una aplicación por separado. Llame a la escuela si necesita Ayuda. Asegúrese de que toda la información se proporciona. El no hacerlo puede resultar en la denegación de beneficios para su hijo o demoras innecesarias en aprobar su solicitud.

PARTE 1: TODOS LOS HOGARES DEBEN COMPLETAR LA INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE. NO LLENE MÁS DE UNA SOLICITUD PARA SU CASA:

- (1) Escriba en letra de molde los nombres de los niños, incluidos los niños de crianza temporal, para los que presenta la solicitud.
- (2) Listar su grado y escuela.
- (3) Marque la casilla para indicar un niño de crianza temporal que vive en su hogar, o si cree que algún niño cumple con la descripción para personas sin hogar, migrante, fugitivo (el personal de la escuela confirmará esta elegibilidad).

PARTE 2: LOS HOGARES QUE RECIBEN SNAP, TANF O FDPIR DEBEN COMPLETAR LA PARTE 2 Y FIRMAR LA PARTE 4:

- (1) Indique el número de caso actual de SNAP, TANF o FDPIR (Programa de distribución de alimentos para reservaciones en la India) de cualquier persona que viva en su hogar. El número de caso se proporciona en su carta de beneficios
- (2) Un miembro adulto de la familia debe firmar la solicitud en la PARTE 4. PASE A LA PARTE 3. No escriba los nombres de los miembros de la familia ni los ingresos si enumera un Número de caso SNAP, número TANF o FDPIR.

PARTE 3: TODOS LOS DEMÁS HOGARES DEBEN COMPLETAR ESTAS PARTES Y TODA LA PARTE 4:

- (1) Escriba los nombres de todas las personas en su hogar, ya sea que obtengan o no ingresos. Inclúyase a sí mismo, a los niños que solicita, a todos los demás niños, su cónyuge, abuelos y otras personas relacionadas y no relacionadas en su hogar. Usa otra hoja de papel si necesitas más espacio.
- (2) Escriba la cantidad de ingresos actuales que recibe cada miembro del hogar, antes de que se retiren los impuestos o cualquier otra cosa, e indique de dónde provienen, tales Como ganancias, bienestar, pensiones y otros ingresos. Si el ingreso actual era más o menos de lo normal, escriba el ingreso habitual de esa persona. Especificar como a menudo se recibe esta cantidad de ingresos: semanalmente, cada dos semanas (dos veces por semana), 2 veces al mes, mensualmente. Si no hay ingresos, marque la casilla. El valor de cualquier cuidado infantil provisto o arreglado, o cualquier cantidad recibida como pago por dicho cuidado infantil o reembolso por los costos incurridos por dicho cuidado bajo La subvención global para el desarrollo y cuidado infantil, TANF y los programas de cuidado infantil en riesgo no deben considerarse como ingresos para este programa.
- (3) Ingrese el número total de miembros del hogar en la casilla provista. Este número debe incluir a todos los adultos y niños en el hogar y debe reflejar los miembros enumerados en la PARTE 1 y la PARTE 3.
- (4) La solicitud debe incluir los últimos cuatro dígitos únicamente del número de seguro social del adulto que firma la PARTE 4 si se completa la Parte 3. Si el adulto lo hace.No tiene un número de seguro social, marque la casilla. Si anotó un número de SNAP, TANF o FDPIR, no es necesario un número de seguro social.
- (5) Un miembro adulto de la familia debe firmar la solicitud en la PARTE 4.

SOLICITUD DE BECAS PARA CAMPAMENTO (SCOPE) - 2021

PARA SER COMPLETADO POR LA PADRE / TUTORA:

Nombre completo del campista:	Por favor circule uno: MASCULINO FEMENINO
Fecha de nacimiento:	Edad a partir del 7/1/2021:
Escuela publica*: * ENGA EN CUENTA: SÓLO NIÑOS QUE ASISTEN A ESCUELA PÚBLICA O LA ESCUELA CHARTER PÚBLICA ES ELEGIBLE PARA LA PARTICIPACIÓN	Grado completado en junio de 2021:

Por favor marque un circule:	Camper por primera vez	Campista que regresa
¿Cómo se enteró del campamento / quién lo refirió al campamento (organización o individuo)?		

Padre o tutor:	Relación con la niña:
----------------	-----------------------

la dirección:
Ciudad: Estado: Código Postal:
correo electrónico:
Teléfono preferido: Hogar monoparental? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Está el niño en la lista de honor (o equivalente académico como la lista de méritos, etc.): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se aplica
Enumere todos los premios o honores que el niño haya recibido en la escuela (pueden ser académicos, artísticos, deportivos, etc.):
¿El niño participa en un programa extracurricular en la escuela o a través de una organización comunitaria (en caso afirmativo, por favor enumere la organización):



SCOPE Aplicación Campamento - 2021

Nombre del campista _____

Certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Doy mi consentimiento para el uso de fotografías, cartas, imágenes y videos tomados de mi hijo tomados en el campamento para los esfuerzos de relaciones públicas de SCOPE entiendo que debo completar toda la documentación solicitada por el campamento, y un médico debe completar el formulario médico enviado por el campamento sobre el historial de salud de mi hijo. Entiendo que este campamento de verano La oportunidad es un privilegio proporcionado por cortesía de SCOPE, y me aseguraré de que mi hijo llegue puntualmente a campamento en la fecha de inicio designada. Entiendo que la aplicación para el programa SCOPE no Garantizar la participación. Además, entiendo que SCOPE es simplemente un financiador para este proyecto y no es responsable para cualquier problema entre un campamento y un niño inscrito.

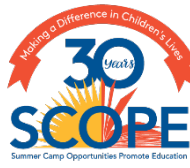
Firma del padre / tutor legal

Nombre impreso

Fecha

SCOPE

APLICACIÓN PARA EL SOLICITANTE – 2022



Regresar esta aplicación al campamento en la siguiente dirección:

SER RELLENADO POR EL PADRE/MADRE/TUTOR

Nombre completo del solicitante:		Por favor indique uno: HOMBRE MUJER	
Fecha de Nacimiento:	Edad a partir del 7/1/2022		
Colegio Público*: <i>** NOTA: sólo los niños que asisten a escuelas públicas son elegibles para participar en la beca de SCOPE</i>	Curso completado en Junio del 2022		
Por favor indique uno:		First Time Camper	Returning Camper
¿Cómo supo del campamento / quien le refirió a al Campamento (una organización o un individuo)?			
Padre/Madre/Tutor:		Relación con el niño/niña	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Email:			
Teléfono:	Madre/Padre Soltera/o? <input type="checkbox"/> SI		

Ha recibido premios o honores el solicitante? (tales como méritos académico, de honor, liderazgo, etc.):

SI

Por favor, haga una lista de premios y honores el niño/a ha recibido en la escuela (puede ser académico, las artes, los deportes, etc):

¿Participa el niño en un programa extra-escolar o a través de una organización de la comunidad (en caso afirmativo, por favor indique la organización):

Yo certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Doy mi consentimiento para el uso de fotografías, cartas, imágenes y video tomado de mi hijo/a en el campamento para SCOPE Y Camp Brooklyn Fund. Yo entiendo que tengo que completar todo el papeleo requerido por el campo, además de un formulario médico enviado por el campamento sobre la historia de la salud de mi hijo/a. Entiendo que esta oportunidad para ir al campamento de verano es un privilegio proporcionado por cortesía de SCOPE, y me aseguraré de que mi hijo llegue puntualmente en la fecha de inicio designado. Entiendo que la solicitud al programa SCOPE Y Camp Brooklyn no garantiza la participación. Además, entiendo que SCOPE no es más que un donante para este proyecto y no es responsable de los problemas entre un campamento y un niño/a matriculado.



Firma del padre/madre/tutor

Nombre completo

Fecha

DOCUMENTACION OBLIGATORIA

ESCUELA PÚBLICA

Por favor marque una casilla para indicar la selección de abajo y adjuntar una copia del documento seleccionado:

- Notas escolares del año escolar 2021-2022 el nombre del estudiante, la fecha y el grado debe ser visible
- Carta de la escuela pública que pueda verificar la inscripción del niño/a
- Carta de una Agencia (no del campamento) confirmando la inscripción del niño/a en la escuela pública

PRUEBA DE INGRESOS

Por favor marque una casilla para indicar la selección de abajo y adjuntar una copia del documento seleccionado:

- Carta con el sello de la escuela diciendo que el niño califica para Federal USDA gratis o reducido programa de almuerzo en el año escolar 2021-2022
- Tarjeta de: SSI (Supplemental Security Income), *Estampillas de comida* (Food Stamps), o *Medicaid* con fechas de elegibilidad.
- Copia de la Tarjeta de Beneficios de Asistencia Pública (Public Assistance Benefit Card)
- Solicitud de 2022 USDA gratis o reducido programa de almuerzo o SFSP firmada por el padre / guardián y un oficial de revisión con la determinación de elegibilidad.
- Copia de la Declaración de Impuestos 2021 – Solo la primera página, el niño debe estar listado como un dependiente

***** CONSEJO: Si usted tiene una carta de la escuela pública diciendo que el solicitante califica para almuerzo gratis o reducido este es un documento válido para la prueba de la Escuela Pública Y Prueba de ingresos *****

* LO SIGUIENTE **NO** SERA ACEPTADO:

1. W - 2 FORMULARIO
2. SALARIO (PAYCHECK)
3. TARJETAS DE SEGURO MEDICO
4. DECLARACIONES DE DESEMPLEO
5. SEGURIDAD SOCIAL o declaraciones de prestaciones de invalidez/DISABILITY BENEFIT STATEMENTS (esto no es lo mismo que SSI)

2021-2022 Application for Free and Reduced Price School Meals/Milk

To apply for free and reduced price meals for your children, read the instructions on the back, complete **only one** form for your household, sign your name and **return it to the address listed below**. Call **(phone number)**, if you need help. Additional names may be listed on a separate paper.

Return Completed Applications to: (School Name)
(Street Name)
(City, State , Zip Code)

1. List all children in your household who attend school:

Student Name	School	Grade/Teacher	Foster Child	Homeless Migrant, Runaway
			<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"/>

2. SNAP/TANF/FDPIR Benefits:

If anyone in your household receives either SNAP, TANF or FDPIR benefits, list their name and CASE # here. **Skip to Part 4, and sign the application.**

Name: _____ CASE #: _____

3. Report all income for ALL Household Members (Skip this step if you answered 'yes' to step 2)

All Household Members (including yourself and all children that have income).

List all Household members not listed in Step 1 (including yourself) **even if they do not receive income**. For each Household Member listed, if they do receive income, report total income for each source in whole dollars only. If they do not receive income from any other source, write '0'. If you enter '0' or leave any fields blank, you are certifying (promising) that there is no income to report.

Name of household member	Earnings from work before deductions <i>Amount / How Often</i>	Child Support, Alimony <i>Amount / How Often</i>	Pensions, Retirement Payments <i>Amount / How Often</i>	Other Income, Social Security <i>Amount / How Often</i>	No Income
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>

Total Household Members (Children and Adults)

*Last Four Digits of Social Security Number: XXX-XX- ____ - ____

I do not have a SS#

*When completing section 3, an adult household member must provide the last four digits of their Social Security Number (SS#), or mark the "I do not have a SS# box" before the application can be approved.

4. Signature: An adult household member must sign this application before it can be approved.

I certify (promise) that all the information on this application is true and that all income is reported. I understand that the information is being given so the school will get federal funds; the school officials may verify the information and if I purposely give false information, I may be prosecuted under applicable State and federal laws, and my children may lose meal benefits.

Signature: _____ Date: _____

Email Address: _____

Home Phone: _____ Work Phone: _____ Home Address: _____

5. Ethnicity and Race are optional; responding to this section does not affect your children's eligibility for free or reduced price meals.

Ethnicity: Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino

Race (Check one or more) : American Indian or Alaskan Native Asian Black or African American Native Hawaiian or Other Pacific Island White

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE – FOR SCHOOL USE ONLY

Annual Income Conversion (Only convert when multiple income frequencies are reported on application)
Weekly X 52; Every Two Weeks (bi-weekly) X 26; Twice Per Month X 24; Monthly X 12

SNAP/TANF/Foster

Income Household: Total Household Income/How Often: _____ / _____ Household Size: _____

Free Meals Reduced Price Meals Denied/Paid

Signature of Reviewing Official _____

Date Notice Sent: _____

APPLICATION INSTRUCTIONS

To apply for free and reduced price meals, complete only one application for your household using the instructions below. Sign the application and return the application to _____.

If you have a foster child in your household, you may include them on your application. A separate application is not needed. Call the school if you need help: _____. Ensure that all information is provided. Failure to do so may result in denial of benefits for your child or unnecessary delay in approving your application.

PART 1 ALL HOUSEHOLDS MUST COMPLETE STUDENT INFORMATION. DO NOT FILL OUT MORE THAN ONE APPLICATION FOR YOUR HOUSEHOLD.

- (1) Print the names of the children, including foster children, for whom you are applying on one application.
- (2) List their grade and school.
- (3) Check the box to indicate a foster child living in your household, or if you believe any child meets the description for homeless, migrant, runaway (a school staff will confirm this eligibility).

PART 2 HOUSEHOLDS GETTING SNAP, TANF OR FDPIR SHOULD COMPLETE PART 2 AND SIGN PART 4.

- (1) List a current SNAP, TANF or FDPIR (Food Distribution Program on Indian Reservations) case number of anyone living in your household. The case number is provided on your benefit letter.
- (2) An adult household member must sign the application in PART 4. SKIP PART 3. Do not list names of household members or income if you list a SNAP case number, TANF or FDPIR number.

PART 3 ALL OTHER HOUSEHOLDS MUST COMPLETE THESE PARTS AND ALL OF PART 4.

- (1) Write the names of everyone in your household, whether or not they get income. Include yourself, the children you are applying for, all other children, your spouse, grandparents, and other related and unrelated people in your household. Use another piece of paper if you need more space.
- (2) Write the amount of current income each household member receives, before taxes or anything else is taken out, and indicate where it came from, such as earnings, welfare, pensions and other income. If the current income was more or less than usual, write that person's usual income. **Specify how often this income amount is received: weekly, every other week (bi-weekly), 2 x per month, monthly. If no income, check the box.** The value of any child care provided or arranged, or any amount received as payment for such child care or reimbursement for costs incurred for such care under the Child Care and Development Block Grant, TANF and At Risk Child Care Programs should **not** be considered as income for this program.
- (3) Enter the total number of household members in the box provided. This number should include all adults and children in the household and should reflect the members listed in PART 1 and PART 3.
- (4) The application must include the last four digits only of the social security number of the adult who signs **PART 4** if Part 3 is completed. If the adult does not have a social security number, check the box. **If you listed a SNAP, TANF or FDPIR number, a social security number is not needed.**
- (5) An adult household member must sign the application in PART 4.

OTHER BENEFITS: Your child may be eligible for benefits such as Medicaid or Children's Health Insurance Program (CHIP). To determine if your child is eligible, program officials need information from your free and reduced price meal application. Your written consent is required before any information may be released. Please refer to the attached parent Disclosure Letter and Consent Statement for information about other benefits.

USE OF INFORMATION STATEMENT

Use of Information Statement: The Richard B. Russell National School Lunch Act requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not submit all needed information, we cannot approve your child for free or reduced price meals. You must include the last four digits of the social security number of the primary wage earner or other adult household member who signs the application. The social security number is not required when you apply on behalf of a foster child or you list a Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) case number or other FDPIR identifier for your child or when you indicate that the adult household member signing the application does not have a social security number. We will use your information to determine if your child is eligible for free or reduced price meals, and for administration and enforcement of the lunch and breakfast programs.

We may share your eligibility information with education, health, and nutrition programs to help them evaluate, fund, or determine benefits for their programs, auditors for program reviews, and law enforcement officials to help them look into violations of program rules.

DISCRIMINATION COMPLAINTS

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint), (AD-3027) found online at: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint> and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

- (1) mail: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; or
- (3) email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.

FREE AND REDUCED PRICE MEAL APPLICATION FACT SHEET

When filling out the application form, please pay careful attention to these helpful hints.

SNAP/TANF/FDPIR case number: This must be the complete valid case number supplied to you by the agency including all numbers and letters, for example, E123456, or whatever combination is used in your county. Refer to a letter you received from your local Department of Social Services for your case number or contact them for your number.

Foster Child: A child who is living with a family but who is under the legal care of the welfare agency or court may be listed on your family application. List the child's "personal use" income. This includes only those funds provided by the agency which are identified for the personal use of the child, such as personal spending allowances, money received by his/her family, or from a job. Funds provided for housing, food and care, medical, and therapeutic needs are not considered income to the foster child. Write "0" if the child has no personal use income.

Household: A group of related or non-related people who are living in one house and share income and expenses.

Adult Family Members: All related and non-related people who are 21 years of age and older living in your house.

Financially Independent: A person is financially independent and a separate economic unit/household when his or her earnings and expenses are not shared by the family/household. Separate economic units in the same residence are characterized by prorating expenses and by economic independence from one another.

Current Gross Income: Money earned or received at the present time by each member of your household before deductions. Examples of deductions are federal tax, State tax, and Social Security deductions. If you have more than one job, you must list the income from all jobs. If you receive income from more than one source (wage, alimony, child support, etc.), you must list the income from all sources. Only farmers, self-employed workers, migrant workers, and other seasonal employees may use their income for the past 12 months reported from their 1040 Tax Forms.

Examples of gross income are:

- Wages, salaries, tips, commissions, or income from self-employment
- Net farm income – gross sales minus expenses only – not losses
- Pensions, annuities, or other retirement income including Social Security retirement benefits
- Unemployment compensation
- Welfare payments (does not include value of SNAP)
- Public Assistance payments
- Adoption assistance
- Supplemental Security Income (SSI) or Social Security Survivor's Benefits
- Alimony or child support payments
- Disability benefits, including workman's compensation
- Veteran's subsistence benefits
- Interest or dividend income
- Cash withdrawn from savings, investments, trusts, and other resources which would be available to pay for a child's meals
- Other cash income

Income Exclusions: The value of any child care provided or arranged, or any amount received as payment for such child care or reimbursement for costs incurred for such care under the Child Care Development (Block Grant) Fund should not be considered as income for this program.

If you have any questions or need help in filling out the application form, please contact:

Name: _____ Title: _____

Telephone Number: _____