

BCNY The Boys' Club of New York

POLÍTICA DE INSCRIPCIÓN

DÍA DE INAUGURACIÓN

BCNY abrirá todos sus programas extracurriculares el **lunes, 17 de septiembre**.

CIERRE POR VACACIONES ESCOLARES

BCNY estará cerrado durante todas las vacaciones escolares y descansos. BCNY se cierra cuando las escuelas públicas de la ciudad de Nueva York cierran durante el año escolar por descansos programados regularmente y durante cierres inesperados debido al clima.

EDADES ELEGIBLES

Los nuevos miembros deben tener 7 años para poder inscribirse como miembros en Abbe Clubhouse y Gerry Clubhouse. Los nuevos miembros deben estar en 3er grado y tener al menos 8 años de edad para poder registrarse como miembros en Harriman Clubhouse. Los niños son elegibles para registrarse como miembros en BCNY hasta que cumplan 21 años.

POLÍTICA DE ASISTENCIA

Se espera que los miembros de 12 años de edad y menores asistan a BCNY un mínimo de **3 días a la semana**.

A los miembros que no puedan cumplir con estas expectativas se les puede revisar o suspender la membresía.

FECHAS DE INSCRIPCIÓN DE ABBE CLUBHOUSE

133-01 41st Road Flushing, Queens 11355

Miembros actuales *: lunes, 6 de agosto - viernes, 17 de agosto

Inscripción abierta (público / nuevos miembros): martes, 28 de agosto - jueves, 30 de agosto

FECHAS DE INSCRIPCIÓN DE GERRY CLUBHOUSE

321 East 111th Street, East Harlem, NY, 10029

Miembros actuales *: lunes, 6 de agosto - viernes, 17 de agosto

Inscripción abierta (miembros públicos / nuevos): comienza el jueves 6 de septiembre

FECHAS DE INSCRIPCIÓN HARRIMAN CLUBHOUSE

287 East 10th Street, Lower East Side, NY, 10009

Miembros actuales *: lunes, 6 de agosto - viernes, 17 de agosto

Inscripción abierta (miembros públicos / nuevos): comienza el jueves 6 de septiembre

* Miembros actuales: Miembros que cumplieron con la política de asistencia de BCNY durante el año del programa 2017-2018 y el ciclo de verano de 2018.

Para las horas de oficina del registrador, visite el sitio web: www.bcnny.org/registration

Si no está seguro de su elegibilidad para el registro, comuníquese con su Director o Registrador para obtener ayuda.

LISTA DE ESPERA

Tenga en cuenta que el cupo es limitado. Se inscribirá a los miembros por orden de llegada. Aquellos miembros que no puedan ser inscritos inmediatamente debido a restricciones de cupo serán colocados en una lista de espera en el orden de envío de inscripciones.

Por favor, consulte el sitio web para las actualizaciones de registro: **www.bcnny.org/registration**

AFILIACIÓN A LA CASA CLUB

Por favor, seleccione una. Si necesita ayuda para seleccionar una casa club, por favor, comuníquese llamando al número 212.677.1102.

Abbe Clubhouse
133-01 41st Road
Flushing, NY 11355
718.886.7803

Gerry Clubhouse
321 East 111th Street
New York, NY 10029
212.534.2923

Harriman Clubhouse
287 East 10th Street
New York, NY 10009
212.533.2554

CUOTA DE MEMBRESÍA \$5

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Edad: _____

Grado (a partir de septiembre de 2018): _____

Si desea reincorporarse, ¿por cuántos años ha sido un miembro, excluyendo ESTE año? _____

Si es nuevo, ¿cómo se enteró de BCNY?

- Escuela Otro padre/madre Otro miembro
 Búsqueda en Internet Otro _____

SELECCIONA UN TAMAÑO DE CAMISETA

Juventud S

Juventud M

Juventud L

Juventud XL

Adulto S

Adulto M

Adulto L

Adulto XL

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS PARA LA INSCRIPCIÓN

Se deben enviar los **CUATRO** junto con este formulario para completar su inscripción

- Certificado de nacimiento/pasaporte (se acepta una fotocopia)
- Registros actualizados de inmunizaciones **○**
Formulario de "Solicitud médica de exención de inmunizaciones" del Dpto. de Educación de Nueva York
- Formulario de comidas CACFP
- Formulario de examen físico (firmado, fechado y timbrado) **○**
La fecha del examen anterior no debe ser mayor a dos años

Todos los miembros deben entregar boletines de calificaciones escolares a fines de noviembre

**DEVUELVA ESTE FORMULARIO Y DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN
AL SECRETARIO DE LA CASA CLUB**

SÓLO PARA USO OFICIAL

Explorador: Edad 7-9
(2do - 4to grado)

Junior: Edad 10-12
(5to - 7mo grado)

Adolescente: Edad 13-21
(8to grado y superior)

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO				
Nombre:		Apellido:		Apodo:
Dirección:				
CALLE	APTO. #	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Fecha de nacimiento:			Edad:	
Raza <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana <input type="checkbox"/> Nativa americana/de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiana/polinésica <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Otra		Etnia: <input type="checkbox"/> Hispánica/latina <input type="checkbox"/> No hispana/latina		Idioma materno (si no es el inglés): <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Criollo <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros: _____
EDUCACIÓN				
Tipo de escuela: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Subvencionada <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Parroquial <input type="checkbox"/> Educación en el hogar		Nombre de la escuela:		
		Maestro:		
		¿I.E.P.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
INFORMACIÓN DE LA MADRE/TUTORA				
Nombre:		Apellido:		
Dirección:				
CALLE	APTO. #	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Teléfono fijo:	Teléfono móvil:	Teléfono del trabajo:		
Dirección de correo electrónico:				
Empleo: <input type="checkbox"/> Un trabajo de tiempo completo pago <input type="checkbox"/> Más de un trabajo de tiempo parcial pago		<input type="checkbox"/> Un trabajo de tiempo parcial pago <input type="checkbox"/> Sin trabajo pago		
Educación: <input type="checkbox"/> Algo de escuela secundaria/sin diploma <input type="checkbox"/> Título universitario		<input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Título avanzado		
INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR SECUNDARIO				
Nombre:		Apellido:		
Dirección:				
CALLE	APTO. #	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Teléfono fijo:	Teléfono móvil:	Teléfono del trabajo:		
Dirección de correo electrónico:				
Empleo: <input type="checkbox"/> Un trabajo de tiempo completo pago <input type="checkbox"/> Más de un trabajo de tiempo parcial pago		<input type="checkbox"/> Un trabajo de tiempo parcial pago <input type="checkbox"/> Sin trabajo pago		
Educación: <input type="checkbox"/> Algo de escuela secundaria/sin diploma <input type="checkbox"/> Título universitario		<input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Título avanzado		
CONTACTOS DE EMERGENCIA				
Nombre:		Relación:		
Dirección:				
CALLE	APTO. #	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Teléfono fijo:	Teléfono móvil:			
Nombre:		Relación:		
Dirección:				
CALLE	APTO. #	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Teléfono fijo:	Teléfono móvil:			

PERSONA(S) AUTORIZADA(S) A RECOGER AL MIEMBRO DE LA CASA CLUB		
Nombre/N.º de teléfono: _____		
Nombre/N.º de teléfono: _____		
INFORMACIÓN DE SALUD		
Médico: _____	Hospital de preferencia: _____	
Aseguradora: _____	Número de póliza de seguro: _____	
Alergias/condiciones médicas: _____		
¿Su hijo ha visitado a un profesional de Salud Mental antes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (trabajador social escolar, terapeuta de salud mental, psicólogo o psiquiatra)		
Si la respuesta es sí, por favor, explique en detalle: _____		
INFORMACIÓN FAMILIAR		
<i>Nota: Esta información permanecerá en total confidencialidad.</i>		
Por favor, marque su ingreso familiar <input type="checkbox"/> Menos de \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,000 a \$14,999 <input type="checkbox"/> \$15,000 a \$24,999 <input type="checkbox"/> \$25,000 a \$34,999 <input type="checkbox"/> \$35,000 a \$49,999 <input type="checkbox"/> \$50,000 a \$74,999 <input type="checkbox"/> \$75,000 a \$99,999 <input type="checkbox"/> \$100,000 o más	Por favor, marque su tipo de familia <input type="checkbox"/> Padre soltero: Mujer <input type="checkbox"/> Padre soltero: Masculino <input type="checkbox"/> Dos padres: No casados <input type="checkbox"/> Dos padres: Casados <input type="checkbox"/> Abuelo(s) como tutor <input type="checkbox"/> Hogar de acogida <input type="checkbox"/> Otro tutor: _____	Tamaño del hogar N° de miembros: _____ N° de adultos: _____ N° de menores: _____
CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES (obligatorio para miembros menores de 18 años)		
He leído la solicitud completa; comprendo las normas del Club de Niños de Nueva York [BCNY] y solicito que se admita al miembro propuesto. En su nombre y por la presente libero, descargo, indemnizo y salvaguardo al Club de Niños de Nueva York y a cualquiera de sus filiales, sucursales, directivos, representantes y trabajadores de toda reclamación, demanda, acción o responsabilidad de cualquier índole y naturaleza, incluyendo pero no limitándose a lesiones físicas, muerte o daño material que se originen a raíz de, o se vinculen de cualquier forma al uso, funcionamiento o la participación del niño en las actividades del BCNY. Comprendo que el BCNY no administrará medicamento alguno a los miembros.		
Por la presente autorizo el uso de fotografías y videos de él en los materiales promocionales y el sitio web del BCNY, así como en exhibiciones externas, artículos de periódicos, reportajes de televisión, videos en línea o publicaciones que apruebe BCNY. Además, autorizo que el BCNY utilice su trabajo para venta o presentación ante miembros de la junta del BCNY, partidarios o invitados de cualquier tipo sin compensación. Si mi hijo asiste a un internado, doy mi consentimiento para que su registro permanezca activo hasta la graduación. También lo autorizo a participar en los estudios internos de BCNY. Entiendo que BCNY se reserva el derecho de colocar a mi hijo en un horario alternativo o abreviado si lo considera apropiado.		
Además, por la presente autorizo al equipo del Programa del BCNY a conseguir el tratamiento médico de emergencia necesario para mi hijo, dando por entendido que se le avisará a la familia lo antes posible.		
Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____		
SÓLO PARA USO OFICIAL DE BCNY		
<input type="checkbox"/> Nuevo	<input type="checkbox"/> Reincorporación	<input type="checkbox"/> Explorador <input type="checkbox"/> Junior <input type="checkbox"/> Adolescente
Fecha de inscripción: _____		N.º de identificación: _____
<input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento/pasaporte/identificación del estado	<input type="checkbox"/> Inmunización	<input type="checkbox"/> Alta médica
<input type="checkbox"/> Fecha del examen físico _____	<input type="checkbox"/> Formulario de comidas	
<input type="checkbox"/> Boleta de calificaciones		

Encuesta para padres

Complete la siguiente breve encuesta sobre sus experiencias en BCNY. Los resultados se revisarán anónimamente para ayudarnos a mejorar nuestros programas y servicios.

El Club de Niños apoya a mi hijo (marcar todas las que correspondan):

- Socialmente Emocionalmente Académicamente
- Artísticamente Con los deportes N/A
- Otro: _____

Obtengo la información sobre los eventos de BCNY a través de (marcar todas las que correspondan):

- Sitio web de BCNY Correo electrónico Teléfono/Mensaje de texto
- Personal Otros padres Otro:

En una semana promedio, mi hijo accede a los siguientes (marcar todas las que correspondan):

- Programas acuáticos Programas educativos Sala de juegos/Programas principales
- Lecciones de música Programas de arte Programas de educación física
- Otro: _____

¿Por qué trae a su hijo al Club de Niños?

Por favor, proporcione cualquier comentario adicional a continuación

!!!Gracias!!!

**HISTORIAL MÉDICO PARA NIÑOS EN CAMPAMENTOS DIURNOS, ACTIVIDADES
EXTRACURRICULARES Y CENTROS JUVENILES**

(El padre debe llenar el formulario antes de presentarlo al médico)

Apellido del miembro: _____ Nombre: _____
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): ____/____/_____
Dirección particular: _____ Teléfono: _____
Padre o tutor: _____ Teléfono: _____
Lugar de trabajo: Madre/tutora: _____ Teléfono: _____
Lugar de trabajo: Padre/tutor: _____ Teléfono: _____
En caso de emergencia, avisar a: _____ Teléfono: _____
Si el padre/tutor no está disponible ante una emergencia, avisar a:
1. _____ Teléfono: _____
2. _____ Teléfono: _____

Importante: ¿El miembro ha estado expuesto a alguna enfermedad contagiosa durante las tres semanas anteriores a su asistencia a BCNY?

No Sí: Tipo de exposición: _____

Historial médico (Marque los cuadros correspondientes e indique las fechas aproximadas)

Enfermedades/condiciones

Infecciones auditivas _____
 Fiebre reumática _____
 Convulsiones _____
 Diabetes _____
 Asma _____
 Otra _____

Alergias

Alergia al polen _____
 Intox. por hiedra, etc. _____
 Picaduras de insectos _____
 Penicilina _____
 Alimentos _____
 Otra _____

Enfermedades

Varicela _____
 Sarampión _____
 Rubéola _____
 Paperas _____
 Otras enfermedades
contagiosas _____

Operaciones o lesiones graves (fechas) _____
Hospitalización (fechas) _____
Enfermedad crónica o recurrente _____
¿Alguna actividad específica que se debe estimular? _____
¿Alguna condición que exija restringir la actividad? _____
Autorización para todas las actividades programáticas, a menos que indique lo contrario el Dr. _____
Accesorios usados (anteojos, lentes de contacto, etc.) _____
Medicación (incluyendo medicaciones para condiciones de salud mental) _____
Sugerencia del padre/tutor _____

Historial de salud mental

Note: Para que BCNY atienda mejor a su hijo, por favor, responda con sinceridad y a conciencia. Toda la información será confidencial.

Marque cualquier opción que corresponda:

Conductual Emocional De aprendizaje TDA/TDAH Otra condición de salud mental _____
 Diagnóstico específico, si se conoce _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

Por la presente autorizo al equipo del Boys' Club of New York a conseguir el tratamiento médico de emergencia necesario para mi hijo, dando por entendido que se le avisará a la familia lo antes posible.

Parentesco _____ Firma _____ Fecha _____ Tel. _____

EXAMEN FÍSICO

(Debe llenarlo el médico. Por favor, lea la información al reverso de la hoja)

El propósito de este historial médico es proporcionarle al equipo información pertinente que le ayudará a atender las necesidades del niño en los programas de Campamento Diurno, Actividades Extracurriculares y Centro Juvenil.

REGISTRO DE INMUNIZACIONES: Es un registro de fechas de inmunizaciones básicas y las revacunaciones más recientes.

DTaP, DTP, DT, Td	Fecha _____	Fecha _____	Fecha _____	Fecha _____	Fecha _____
Polio	Fecha _____	Fecha _____	Fecha _____	Fecha _____	Fecha _____
SPR	Fecha _____	Fecha _____	Fecha _____		
Hemophilus Influenzae tipo B (HiB)	Fecha _____	Fecha _____	Fecha _____	Fecha _____	Fecha _____
Hepatitis B	Fecha _____	Fecha _____	Fecha _____	Fecha _____	
Varicela	Fecha _____	Fecha _____			
Neumocócica Conjugada (PVC)	Fecha _____	Fecha _____	Fecha _____	Fecha _____	Fecha _____
Otra _____	Fecha _____	Otra _____	Fecha _____	Otra _____	Fecha _____

EXAMEN MÉDICO: Debe llenarlo un médico colegiado.

Se acepta el examen si se ha realizado a no más de 12 meses antes de la llegada al campamento.

Código: S = Satisfactorio X = Insatisfactorio (Explicar) 0 = No examinado

Aspecto general _____
Genitales _____
Estatura _____ Peso _____ Presión sanguínea _____ Postura y columna _____ Garganta, amígdalas _____
Nariz _____ Dientes _____ Abdomen _____ Hernia _____ Pies _____ Pulmones _____ Piel _____
Análisis de hemoglobina (fecha) _____ Análisis de orina (fecha) _____
Ojos _____ Visión _____ c/Anteojos _____ Extremidades _____ Corazón _____
Oídos _____ Audición _____
Resultados neurológicos _____
Describa los resultados anormales y/o las condiciones de discapacidad _____
Alergia: (Por favor, especifique) _____

Recomendaciones y restricciones en el campamento:

*aplica sólo a la Escuela Gardiner

Dieta especial* _____
Medicina especial* (dosis, vía de administración, cuándo debería ser administrada) _____
¿El padre/tutor envía alguna medicina especial? * _____
Restricciones de actividades _____
Natación _____ Buceo _____

Evaluación general: _____

He examinado a la persona aquí descrita, he revisado su historial médico y en mi opinión, está capacitado(a) físicamente para participar en las actividades del Campamento Diurno, Programa Extracurricular Permanente y Centro Juvenil, excepto en lo descrito anteriormente.

Sello de la oficina del doctor aquí

DR.
MÉDICO EXAMINADOR (FIRMA)

NOMBRE DEL MÉDICO (POR FAVOR, ESCRIBIR CON LETRA IMPRENTA)

Teléfono _____ Dirección _____

Fecha del examen _____
CÓDIGO POSTAL _____

Vea las INSTRUCCIONES al dorso.

**NOMBRE DEL CENTRO
DE CUIDADO DE NIÑOS** _____

Escriba en letras de molde el nombre del(los) niño(s) inscrito(s) en este centro de cuidado de niños.

1. _____ 2. _____ 3. _____

INSTRUCCIONES:

Llene la SECCIÓN A si cualquier persona en su hogar:

1. Recibe cupones para alimentos
2. Recibe Asistencia Temporal para Familias con Necesidades (TANF)
3. Participa en el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) O
4. Si cualquiera de los niños inscritos en este centro son niños de crianza

SECCIÓN A
Número del caso de los cupones para alimentos _____
Número de TANF _____
Número de FDPIR _____
Nombres de los niños de crianza _____
<p>Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud antes de que pueda ser aprobada. Después de leer la siguiente declaración y la declaración al dorso, firme en el espacio correspondiente.</p> <p>Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que el centro recibirá fondos federales en base a la información que suministre.</p> <p>Firma: _____</p> <p>Fecha: _____</p>

FOR SPONSOR USE ONLY
Sponsor Agreement Number _____
Total Household Members _____ (including foster children, if applicable)
Total Income \$ _____
Free _____ Reduced _____ Paid _____
Date Determined ____ / ____ / ____
Signature of Center Staff _____

Llene la SECCIÓN B si ninguna de las personas en su hogar

recibe cupones para alimentos, TANF, FDPIR o si ninguno de los niños inscritos en el centro es un niño de crianza.

SECCIÓN B	
<p>Enumere a continuación todos los miembros del hogar. Inclúyase usted y a todos los adultos y niños NO enumerados más arriba, aunque no reciban ingresos. Luego, en la columna de la derecha enumere todos los ingresos que su hogar recibió el pasado mes. Los ingresos brutos incluyen: ingresos del trabajo, pensiones, jubilación, Seguro Social, manutención de hijos, ingreso personal del niño de crianza y cualquier otra fuente de ingresos.</p>	
Nombre de los miembros del hogar	Ingreso bruto mensual
1. _____	\$ _____
2. _____	\$ _____
3. _____	\$ _____
4. _____	\$ _____
5. _____	\$ _____
6. _____	\$ _____

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud antes de que pueda ser aprobada. Después de leer la siguiente declaración y la declaración al dorso, firme en el espacio correspondiente.

Certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta y que se han incluido todos los ingresos. Entiendo que el centro recibirá fondos federales en base a la información que suministre.

Firma: _____

Nombre en letra de molde: _____

N° de SS **XXX-XX-** _____ Fecha: _____

Declaración de la Ley de Privacidad: La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en este formulario. No está obligado(a) a suministrar la información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que el participante reciba comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma el formulario. No es necesario incluir el número de Seguro Social cuando presenta la solicitud en nombre de un niño de crianza o indica el número del caso de los cupones para alimentos, Programa de Asistencia Temporal para Familias con Necesidades (TANF) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) para el participante u otro identificador (FDPIR) ni cuando establece que el miembro adulto del hogar que firma el formulario no tiene un número de Seguro Social. Usaremos la información que nos ofrece para determinar si el centro reúne los requisitos para un reembolso de comidas gratis o a precios reducidos y para la administración y cumplimiento del Programa.

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DOH-3688

Definición de ingresos

Ingresos quiere decir las ganancias económicas antes de ninguna deducción de impuestos sobre la renta, Seguro Social, primas de seguro, donaciones benéficas y bonos, etc. Incluyen lo siguiente: 1) compensación monetaria por servicios, incluidos sueldos, salarios, comisiones u honorarios; (2) ingresos netos de trabajador por cuenta propia no relacionados con una granja; (3) ingresos netos de trabajador por cuenta propia en una granja; (4) pagos del Seguro Social; (5) dividendos o intereses de cuentas de ahorro o bonos, ingresos de propiedad o fondos de inversión o de propiedades en alquiler; (6) compensación por desempleo; (7) jubilación de empleado gubernamental civil o militar o pensiones o pagos a los veteranos; (8) pensiones privadas o rentas vitalicias; (9) pensión alimenticia o pagos de manutención de los hijos; (10) contribuciones habituales de personas que no residen en el hogar; (11) derechos de autor netos; (12) beneficios militares recibidos en efectivo, tales como la asignación para gastos de vivienda, a menos que usted participe en la Iniciativa de Privatización de Vivienda Militar; y (13) cualquier otro ingreso en efectivo.

Definición de hogar

Hogar significa *familia* según se define en la Sección 226.2 *Familia* significa un grupo de personas con parentesco o sin parentesco que no son residentes de una institución o pensión, pero que conviven como unidad económica.

Instrucciones para los padres o tutores:

Escriba el nombre del centro de cuidado de cuidado de niños en el espacio correspondiente.

Escriba en letras de molde el nombre de cada niño de su hogar que asiste a este centro.

Sección A: Si cualquier persona en su hogar recibe cupones para alimentos, Asistencia Temporal para Familias con Necesidades (TANF) o participa en el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), llene solamente la Sección A. Escriba el número del caso de los cupones para alimentos, TANF o FDPIR (no use el número de subsidio para cuidado infantil de la ACS o del DSS). Luego firme y feche el formulario y devuélvalo al centro de cuidado de niños.

Niños de crianza: Si su hogar incluye un niño de crianza que recibe cuidado infantil, escriba los nombres de los niños de crianza.

Sección B: Llene esta sección si no llenó la Sección A. Escriba su nombre y el nombre de todos los demás adultos y menores que viven en el hogar, incluso personas sin parentesco, aunque no reciban ningún ingreso. No incluya a los niños que asisten al centro de cuidado de niños que se enumeran al comienzo del formulario.

Incluya la cantidad de ingresos que cada persona recibió el **mes pasado**, antes de impuestos y de ninguna deducción. Consulte la definición de ingresos y la definición de hogar, que se indican más arriba. Si alguna cantidad del mes pasado fue más o menos de lo normal, escriba los ingresos normales de esa persona.

Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del adulto que firma la certificación. Si usted no tiene un número de Seguro Social, escriba *none* (ninguno). Un miembro adulto del hogar debe firmar el formulario.

Instrucciones para Centros y Patrocinadores:

La sección *Para Uso Exclusivo del Patrocinador* debe llenarla, firmarla y fecharla el centro o algún empleado del patrocinador.

El representante del patrocinador/centro debe revisar la solicitud de elegibilidad por ingresos y asegurarse de que se haya llenado siguiendo las instrucciones mencionadas anteriormente. Después indique lo siguiente:

El número del acuerdo del patrocinador.

Total de miembros en el hogar: No es necesario llenar esta parte si el padre(madre) completó la Sección A. Agregue aquellos enumerados en la Sección B (si se llenó) a los niños inscritos en la centro de cuidado de niños y el número de niños de crianza, si corresponde.

Ingreso total: No es necesario llenar esta parte si el padre(madre) llenó la Sección A. Indique el ingreso mensual total según el cálculo en la Sección B. Si el padre(madre) decide no revelar el ingreso, el formulario debe catalogarse como *pagado*.

Gratis, reducido o pagado: Compare el total de ingresos del hogar y el número total de miembros en el hogar con los Requisitos de elegibilidad por ingresos (CACFP-3687) del año actual para determinar si su hogar debe catalogarse como **Gratis, Reducido o Pagado**. Use la columna apropiada en el formulario CACFP-3687 para catalogar sus ingresos. Por ejemplo, si el padre(madre) indicó ingresos quincenales, multiplique esta cantidad por 26 para determinar el ingreso anual.

Los formularios incompletos (falta la firma, información sobre ingresos, o el número del caso de los números de cupones para alimentos, TANF o FDPIR) deben catalogarse como pagados.

El formulario de elegibilidad por ingresos es válido hasta el último día del mes un año calendario desde la fecha en que lo firma el miembro del hogar. Por ejemplo, un formulario firmado el 12 de mayo de 2011 es válido hasta el 31 de mayo de 2012.



Formulario de retiro de miembros Adolescente

Estimado padre/tutor:

Los miembros Adolescente de BCNY pueden salir de la Casa Club sin un acompañante al final del día, siempre y cuando registren su salida en la recepción.

Si necesita que su miembro Adolescente sea retirado por un adulto autoriza, por favor, indíquelo más abajo.

Si cambian los planes de traslado de su hijo, debe avisar al equipo de la Casa Club inmediatamente.

Por favor, firme y recorte la parte inferior de la hoja para confirmar su solicitud. Se deben entregar los formularios completos al secretario de la Casa Club.

Si tiene alguna duda o inquietud, por favor, contáctese con el Director de su miembro Adolescente.

Yo, _____ necesito que mi hijo _____
Padre/tutor Miembro de BCNY

sea retirado por un adulto autorizado. No tiene permitido trasladarse solo a casa.