



POLÍTICA DE INSCRIPCIÓN

DÍA DE APERTURA

El programa extracurricular de otoño de BCNY abrirá el **lunes 16 de septiembre**.

CIERRE POR VACACIONES ESCOLARES

BCNY cierra cuando las escuelas públicas en la ciudad de Nueva York están cerradas durante el año escolar por recesos programados de manera regular y durante cierres inesperados debido al clima.

EDAD DE LOS PARTICIPANTES

Los miembros nuevos deben tener 7 años de edad para poder inscribirse como miembros en Abbe Clubhouse y Gerry Clubhouse.

Los miembros nuevos deben estar en cuarto grado y tener al menos 8 años de edad para poder registrarse como miembros en Harriman Clubhouse.

Los jóvenes de hasta 21 años pueden inscribirse en ambos programas de BCNY.

ALUMNOS DE OCTAVO GRADO

Los alumnos de octavo grado comenzarán el ciclo de otoño en el Junior Department y se transferirán al Teen Department al comienzo del ciclo de invierno (enero de 2020).

POLÍTICA DE ASISTENCIA

Se espera que los miembros registrados menores de 12 años asistan a BCYN un mínimo de **3 días a la semana**.

Si los miembros no pueden cumplir con estas expectativas, se puede revisar o suspender su membresía.

LISTA DE ESPERA

Tenga en cuenta que el espacio es limitado. Los miembros se inscribirán por orden de llegada. Aquellos miembros que no se puedan inscribir inmediatamente debido a restricciones de espacio pasarán a una lista de espera.

UBICACIÓN:

ABBE CLUBHOUSE
133-01 41st Road Flushing, Queens 11355

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

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

Visite el sitio web para ver las actualizaciones sobre la inscripción:
www.bcny.org/registration

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE MIEMBROS

CLUBHOUSE AL QUE PERTENECE

Seleccione uno. Si necesita ayuda para seleccionar un clubhouse, llame al 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 (en septiembre de 2019): _____

Si ha participado anteriormente, ¿cuántos años ha sido miembro, sin incluir ESTE año? _____

Si es nuevo, ¿dónde escuchó acerca de BCNY?

En la escuela De otro padre De otro miembro En una búsqueda de internet

Otro _____

TAMAÑO DE CAMISETA

Youth S Youth M Youth L Youth XL
 Adult S Adult M Adult L Adult XL

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA INSCRIPCIÓN

Para completar la inscripción se deben presentar los siguientes **CUATRO** documentos junto con este formulario

- Certificado de nacimiento/Pasaporte (una fotocopia es suficiente)
- Registros de vacunación actualizados
- Formulario de alimentación del CACFP
- Formulario de examen físico (firmado, fechado y sellado) examen físico anterior fechado hace no más de dos años

Tenga en cuenta: **Las boletas de calificaciones de todos los miembros deben presentarse antes del fin de noviembre**

DEVUELVA ESTE FORMULARIO Y LOS DOCUMENTOS PARA LA INSCRIPCIÓN AL SECRETARIO DEL CLUBHOUSE

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Explorers: (2nd - 4th grade) **Juniors:** (5th - 7th grade)
 Intermediates: (8th - 9th grade) **Seniors:** (10th grade & Up)

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO				
Nombre:		Apellido:		Apodo:
Dirección:				
CALLE	APARTAMENTO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Fecha de nacimiento:		Edad:		
Raza <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____	Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> <i>No hispano/Latino</i>	Idioma materno (si no es inglés): <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Criollo <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		
EDUCACIÓN				
Tipo de escuela: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Semiautónoma (charter) <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Religiosa <input type="checkbox"/> Escolaridad doméstica		Nombre de la escuela:		
		Maestro:		
		¿Programa de educación individualizada (IEP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR PRINCIPAL				
Nombre:		Apellido:		
Dirección:				
CALLE	APARTAMENTO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Teléfono del hogar:		Teléfono móvil:		Teléfono del trabajo:
Dirección de correo electrónico:				
Empleo:		Empleo:		
<input type="checkbox"/> Un empleo remunerado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Más de un empleo remunerado a tiempo parcial		<input type="checkbox"/> Un empleo remunerado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> No tiene empleo remunerado		
Educación:		Educación:		
<input type="checkbox"/> Parte de la escuela secundaria/sin diploma <input type="checkbox"/> Título universitario		<input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Título de posgrado		
NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR SECUNDARIO				
Nombre:		Apellido:		
Dirección:				
CALLE	APARTAMENTO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Teléfono del hogar:		Teléfono móvil:		Teléfono del trabajo:
Dirección de correo electrónico:				
Empleo:		Empleo:		
<input type="checkbox"/> Un empleo remunerado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Más de un empleo remunerado a tiempo parcial		<input type="checkbox"/> Un empleo remunerado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> No tiene empleo remunerado		
Educación:		Educación:		
<input type="checkbox"/> Parte de la escuela secundaria/sin diploma <input type="checkbox"/> Título universitario		<input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Título de posgrado		
CONTACTOS DE EMERGENCIA				
Nombre:		Relación:		
Dirección:				
CALLE	APARTAMENTO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Teléfono		Teléfono alternativo:		
Nombre:		Relación:		
Dirección:				
CALLE	APARTAMENTO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Teléfono:		Teléfono alternativo:		
PERSONA(S) AUTORIZADA(S) A RECOGER AL MIEMBRO DEL CLUBHOUSE				
Nombre/Teléfono:				
Nombre/Teléfono:				

INFORMACIÓN MÉDICA		
Médico:	Hospital preferido:	
Compañía de seguros preferida:	Número de la póliza de seguros:	
Alergias/Afecciones de salud:		
¿Su hijo ha consultado a un profesional de salud mental con anterioridad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (trabajador social de la escuela, consejero de salud mental, psicólogo, psiquiatra)		
Si la respuesta es sí, brinde más información:		
INFORMACIÓN DEL HOGAR		
Nota: Esta información es completamente confidencial.		
Marque los ingresos de la familia <input type="checkbox"/> Menos de \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,000 - \$14,999 <input type="checkbox"/> \$15,000 - \$24,999 <input type="checkbox"/> \$25,000 - \$34,999 <input type="checkbox"/> \$35,000 - \$49,999 <input type="checkbox"/> \$50,000 - \$74,999 <input type="checkbox"/> \$75,000 - \$99,999 <input type="checkbox"/> \$100,000 o más	Marque la composición de su familia <input type="checkbox"/> Madre soltera <input type="checkbox"/> Padre soltero <input type="checkbox"/> Dos padres: Solteros <input type="checkbox"/> Dos padres: Casados <input type="checkbox"/> Abuelo(s) como tutor(es) <input type="checkbox"/> Hogar de acogida <input type="checkbox"/> Otro tutor: _____	Tamaño del hogar Tamaño de la familia: _____ Número de adultos: _____ Número de niños: _____
CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES (Obligatorio para miembros menores de 18 años)		
He leído la solicitud completa; entiendo las reglas del Boys' Club of New York [BCNY] y solicito la admisión del socio propuesto. En su nombre, por la presente libero, exonero, indemnizo y mantengo indemne al Boys' Club of New York, y a cualquiera de sus afiliados, subsidiarias, funcionarios, agentes y empleados, de todas las reclamaciones, demandas, acciones o responsabilidades de cualquier tipo y naturaleza, incluyendo pero no limitado a lesiones corporales, muerte o daños a la propiedad que surjan del uso, operación o participación de dicho niño en las actividades del BCNY, o que estén relacionados de alguna manera con el mismo. Entiendo que BCNY no administrará ningún medicamento a los miembros.		
Por la presente doy mi permiso para que las fotografías y videos del niño se utilicen en los materiales promocionales y en el sitio web de BCNY, así como en exposiciones externas, artículos de periódicos, programas de televisión, videos en línea o publicaciones aprobadas por BCNY. Además, permito a BCNY que utilice los trabajos artísticos del niño para la venta o presentación a los miembros de la junta directiva de BCNY, a los simpatizantes o a los invitados de cualquier tipo sin compensación. Si asiste a un internado, doy mi permiso para que su inscripción permanezca activa hasta la graduación. También le doy permiso para que participe en las encuestas de BCNY. Entiendo que BCNY se reserva el derecho de ponerlo en un horario alternativo o abreviado si lo considera apropiado.		
Además, por la presente doy mi consentimiento al personal del Programa de BCNY para obtener el tratamiento médico de emergencia necesario para mi hijo con el entendimiento de que la familia será notificada tan pronto como sea posible.		
Padre/Madre/Tutor Firma: _____		Fecha: _____
SOLO PARA USO DE LA OFICINA DE BCNY		
<input type="checkbox"/> New	<input type="checkbox"/> Renewal	<input type="checkbox"/> Explorer <input type="checkbox"/> Junior <input type="checkbox"/> Intermediat <input type="checkbox"/> Senior
Registration Date:	ID#	
<input type="checkbox"/> Birth Certificate/Passport/State ID	<input type="checkbox"/> Immunization	<input type="checkbox"/> Medical Release
<input type="checkbox"/> Physical Date of Exam _____	<input type="checkbox"/> Food Form	<input type="checkbox"/> Report Card

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 _____

Describe 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: _____

Nº 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.