

CAMPAMENTO DE VERANO BITS N PIECES 2022 PROCESO DE REGISTRACION

Estimados padres:

Estamos ansiosos de tener un verano divertido y excitante!!

Aquí están las instrucciones para entregar su aplicación del Campamento de verano Bits N' Pieces 2022:

Habrá un BUZON de Bits N' Pieces localizado en el vestíbulo del Depto. de Juventud donde usted puede dejar su aplicación **completa** entre las 9 am a 6 pm. ***Esta caja está a mano izquierda antes de la segunda puerta a la entrada.***

YA NO ACEPTAMOS FORMULARIOS/DOCUMENTOS ENVIADOS POR CORREO ELECTRONICO O FAX

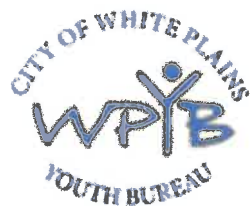
Al entregar sus formularios de registración, por favor asegúrese que todas las hojas estén llenas, fechadas y firmadas. Si usted aplica por la beca, por favor entregue una copia de las primeras dos hojas del formulario de impuestos 1040 del año 2021.

También tiene que entregarnos una copia del record médico y de vacunas. *(ambos deben de estar vigentes dentro del año en el momento del registro)*

EL PERSONAL DEL DEPTO. DE JUVENTUD YA NO HARA COPIAS

Para pagos de tarjeta de crédito (Visa, MC, AMEX y Discover) entregue un Formulario de Autorización de Tarjeta de Crédito. Si va a pagar con cheque/money order, por favor hágalo pago a: [The City of White Plains](#).

Si tiene alguna otra pregunta, nos puede llamar dentro del horario laboral (10 am a 6pm) o enviarnos un correo: sbannister@whiteplainsny.gov, o cvbackes@whiteplainsny.gov



CAMPAMENTO DE ENRIQUECIMIENTO DE VERANO BITS N' PIECES 2022

Bits N ' Pieces es un campamento tutorial de seis semanas que ofrece una oportunidad a los niños de edad elemental de mantenerse al día con sus estudios. El programa provee un ambiente seguro , agradable y educativo, haciendo hincapié en la escritura, la lectura y el pensamiento crítico.

escuela elemental Church Street

5 de julio - 12 de agosto, 2021

8:30am - 5:00pm

Estudiantes comenzando grado 1°—5°

COSTO: \$1,015 BECA: \$610 (6 semanas)



**Solo se aceptan aplicaciones completas,
con los documentos adjuntos:**

- 1) Copia del examen físico del niño/a -
menos de un año de vigencia a partir
del día de registración
- 2) Copia del record de vacunas
- 3) Pago de registración: solo tarjeta de
debito/crédito, cheque o 'money order'
- 4) Copia de Formulario 1040 de Impuestos Federales 2021
(si piensa aplicar por beca)

Oficina del programa Post-Escolar

11 Amherst Place, lunes - viernes

10 am - 6 pm

(914) 422-1378

www.whiteplainsyouthbureau.org



YOUTH BUREAU
OFFICE OF THE MAYOR
11 AMHERST PLACE - WHITE PLAINS, NEW YORK 10601
(914) 422-1378 - FAX (914) 422-6489
www.WhitePlainsYouthBureau.org

THOMAS M. ROACH
MAYOR

FRANK WILLIAMS, JR.
EXECUTIVE DIRECTOR

CAMPAMENTO DE VERANO BITS 'N PIECES 2022

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección _____ Apto. _____ Código postal _____ Teléfono _____
Raza _____ Sexo _____ Edad _____ Talla de camisa: Pequeña Mediana Grande Pequeña (adulto)
Escuela elemental: Church Street George Washington Mamaroneck Post Road Ridgeway
Grado a partir de: Septiembre 2022 1 2 3 4 5

INFORMACION DE PADRES/GUARDIANES

Madre _____ Padre _____
Celular de madre _____ Celular de padre _____
Empleo de madre _____ Empleo de padre _____
Tele. de trabajo/madre _____ Tele. de trabajo/padre _____
Correo elec. de madre _____ Correo elec. de padre _____

INFORMACION DE CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA

(Se requiere Individuo que no sea padre/madre para llamar en caso de emergencia)

Nombre _____ Tele: _____ Parentesco a niño/a _____
Nombre _____ Tele: _____ Parentesco a niño/a _____
Nombre _____ Tele: _____ Parentesco a niño/a _____

OFFICE USE ONLY

Medical Form _____ Immunization Form _____ Fee Paid _____ Method of Payment _____ Last 4 digits _____
Extended Day _____

HISTORIA MÉDICA

Nombre de niño/a _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____

Nombre de padre/guardián _____ Teléfono _____

Dirección _____

Es buena la salud general de su hijo/a? Sí No Si no, describa usando opciones:

Esta su hijo/a sujeto a:

- Sinusitis
- Infecciones de oído
- Convulsione
- Caminar dormido/a
- Desmayos
- Asma

Alergias:

- Hiedra venenosa
- Picaduras de insecto
- Penicilina
- Otras drogas
- Fiebre del heno
- Mani/Cacahuete

Historial de enfermedades:

- Viruela
- Sarampión
- Sarampión alemán
- Rubeola
- Fiebre reumática
- Otro
- Influenza Typo B
- Hepatitis B

Esta su hijo/a designado mediante el Comité de Educación Especial? Sí No

Necesita su hijo/a clases pequeñas o recursos extras durante el día escolar? Sí No

Si concuerda, describa estas modificaciones _____

Anote cirugías o heridas graves, con fechas _____

Anote enfermedades crónicas o recurrentes _____

Por favor anote medicamentos _____

Restricciones _____

Los padres tienen que notificarle al campamento si el niño/a ha sido expuesto/a a una enfermedad contagiosa tres semanas antes del comienzo del campamento.

PERMISO DE HOSPITAL/ HOJA DE PERMISO

En caso de emergencia, comunicarnos con _____

Teléfono _____ Nombre de Doctor _____ Teléfono _____

En caso de herido, yo _____ doy permiso a que lleven a mi hijo/a
_____ a un hospital para recibir tratamiento, incluyendo evaluación de heridas, rayos x y el
cuidado necesario.

Compañía de seguro de Hospitalizacion _____

Numero de identificacion _____

Note: If child is required to take any type of medication during camp hours, a separate MEDICAL AUTHORIZATION FORM must be completed by the PARENT AND PHYSICIAN and filed with Camp Director on the first day of camp

Firma de padre/guardián _____ Fecha _____

ARREGLOS DE DESPEDIDA

Mi hijo/a _____ ha de ser despedido/a del campamento de la siguiente manera:
(Marque todas las que aplican)

A. Padre/madre recogerá en el sitio del campamento: Si No

B. Niño/a ha de ser despedido con la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre: _____ # de tele.: _____

Nombre: _____ # de tele.: _____

Nombre: _____ # de tele.: _____

Nombre: _____ # de tele.: _____

Nombre: _____ # de tele.: _____

Cambios en personas designadas adicionales hechos DESPUES del comienzo del campamento se tienen que hacer en la oficina principal por escrito.

Padres no pueden dejar a sus hijos antes de las 8:30 AM y han de recogerlos a más tardar las 5:00 PM en la escuela elemental Church Street. NO SE PROVEERA TRANSPORTE NI AL CAMPAMENTO NI A CASA.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARENTAL DE VIAJE

Yo, _____ como padre o guardián legal, mediante la presente, autorizo a mi hijo/a, _____ a participar en los viajes de día del campamento Bits N' Pieces durante la sesión de campamento. Para estos viajes de día, mi hijo/a saldrá y volverá de regreso al lugar del campamento.

I understand that in case of serious injury or illness to my child, I authorize the City of White Plains Youth Bureau representative/trip guide to transfer my child to a hospital or other emergency medical facility for treatment. A reasonable attempt to contact me or my child's emergency contact will be made. I accept responsibility for all costs involved in the medical transport and treatment of my child.

I understand that the City of White Plains, its employees, officials and volunteers act solely as an agent in arranging for transportation and other services for these trips. The City of White Plains does not assume, and in fact, expressly disclaims, any liability for injury, illness, damage, loss, accident, or delay due to any act, negligence or default of the trip guide, or any company or person engaged in transporting the passengers or rendering any service for the trip

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con los términos de este permiso y formulario de consentimiento.

Firma de padre/guardián: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL USO DE LA COMPUTADORA

Yo, _____, padre/guardián de _____
_____ **Si** _____ **NO** mediante la presente doy permiso para que mi hijo/a use el internet para actividades educacionales en la computadora bajo la supervisión del personal de Bits N' Pieces staff.

Firma: _____ Fecha: _____

LIBERACION DE OBLIGACION

En consideración a la aceptación de mi hijo/a _____ a participar en las actividades/programas del Departamento de Juventud de la ciudad de White Plains, estoy de acuerdo que conozco los riesgos y peligros relacionados con estas actividades/programas incluyendo el daño corporal, el cual puede ser el resultado de actividades estrenuas u otras causas relacionadas a estas actividades/programas. Estoy de acuerdo en liberar y mantener indemne a la ciudad de White Plains, sus oficiales, agentes, empleados, y voluntarios de y contra cualquier y toda responsabilidad, daño o reclamo de cualquier naturaleza proveniente de o de alguna manera en relación con la participación de mi hijo/a en estas actividades/programas, con excepción de aquellas causadas por pura negligencia de la Ciudad. Entiendo que la ciudad de White Plains no provee seguro medico ni de accidente y que yo soy responsable de manera financiera por cualquiera costo médico. Se me sugiere consultar con el médico de mi hijo/a antes de permitir que mi hijo/a participe en cualquier actividad estrenua.

He leído, he comprendido y estoy de acuerdo con los términos de esta liberación de obligación.

Firma de padre/guardián: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO DE FOTOGRAFIA/VIDEO

Yo, _____, padre/guardián de _____
_____ **Sí** _____ **NO** mediante la presente doy consentimiento de que el campamento Bits N' Píeces y el Depto. de Juventud de la ciudad White Plains tomen video/fotografía de mi hijo/a y use tales imágenes para publicaciones/televisión/página de red. Despido cualquier reclamo que yo pueda tener contra el Depto. de Juventud de la ciudad de White Plains. Yo entiendo que tal información puede ser usada también por otros medios de comunicación.

He leído y entiendo el permiso de arriba.

Firma: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE PERMISO DE INFORMACION EDUCACIONAL

Yo, _____, padre/guardián de _____,
_____ **Sí** _____ **NO** doy permiso para la entrega de la siguiente información por parte de la escuela de mi hijo/a al personal educativo del campamento Bits N' Píeces: calificaciones, reportes de asistencia, reportes de progreso, intercambio de información con los maestros, trabajadores sociales, psicólogos y oficiales de la escuela, en lo que tenga que ver con el comportamiento del estudiante y su progreso académico.

Tal información es estrictamente confidencial y será tratada de tal manera mediante el Depto. de Juventud de la ciudad de White Plains en su trabajo con mi hijo/a.

Firma: _____ Fecha: _____

POLIZA DE NO REEMBOLSO

Hay una póliza de no reembolso en todos los pagos. Trámites de reembolsos solo serán procesados en caso de enfermedad o accidente. Los padres pidiendo un reembolso tienen que notificar al Depto. de Juventud por escrito, acompañado por una nota del doctor, antes del comienzo del campamento.

He leído y estoy de acuerdo con esta póliza.

Firma: _____ Fecha: _____

CAMPAMENTO TUTORIAL BITS 'N PIECES DEL DEPTO. DE JUVENTUD DE WHITE PLAINS



FORMULARIO DE PERMISO PARA NADAR EN CAMPAMENTO DE VERANO

Yo doy permiso a que mi hijo/a participe en todas las actividades de natación recreativa e instruccional como también otras actividades de recreación acuática en el Campamento de Verano Bits N° Pieces.

Nombre de participante: _____ Grado: _____

Firma de padre: _____ Fecha: _____

**PROGRAMA DEL DESARROLLO DE LA COMUNIDAD
FORMA DE CLIENTE ADMISIÓN 2022-2023**

Padre/Madre:	
Dirección :	
Ciudad / Estado / Código postal:	
Hogar:	
Celular:	

Número de personas en el hogar

16 o menos	17 - 21	21 - 61	62 y mas

Mujer jefa del hogar: SI NO

POR FAVOR SELECCIONE LA CATEGORÍA QUE MEJOR DESCRIBE SU RAZA/ETNIA:

<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Asiático Asian American	<input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska & Blanco
<input type="checkbox"/> Negro/Africano	<input type="checkbox"/> Asiático / Islas Pacífico	<input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska & Negro/Africano Americano
<input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano & Blanco	<input type="checkbox"/> Asiático / Blanco	<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano / Islas Pacífico
<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Otros multirracial

INGRESO TOTAL DEL HOGAR : \$ _____

Categorías de INGRESOS: bajo/moderadas muy bajos extremadamente bajo

TIPO de verificación de ingresos para mantenerse en el archivo: Copia de tarjeta de beneficios/impuestos.

Declaración de Sección 8	W2, Forma FEDERAL	Declaración de Beneficio Desempleo	Forma Federal de Ingresos Final
Declaración Beneficios de Seguro Social SSI/SSA/SSD	W4 Forma FEDERAL	** Declaración de Ingresos (véase abajo)	

**** Declaración de ingresos de los empleadores no es suficiente, si no van acompañados por declaración de nómina.**

Por favor note: Agencia debe mantener ingresos verificación de documentación en el archivo del cliente junto con el cliente toma forma y presentar copia con vales de reclamación.

Formas de Clientes están en el archivo de la siguiente ubicación: White Plains Youth Bureau

CERTIFICACION DE VERIFICACION DE IMPUESTOS

1. Usted tiene que traer o incluir una copia de sus formularios de pago de impuestos federales del año pasado. **(Formulario largo 1040 del 2021).**
2. Si usted no completó un formulario de pago de impuestos el año pasado, **tiene que traer o incluir cualquier formulario W-2 de todos sus empleados de todos los miembros de la familia.**

3. **Verificación de Ingresos y Certificación**

Esto es para verificar que la totalidad de mis ingresos totales (año pasado) es menos que:
(POR FAVOR MARCAR EL INGRESO APROPRIADO- el numero en parentesis indica la cantidad de personas que se citan en los impuestos).

2021 Ingreso familiar

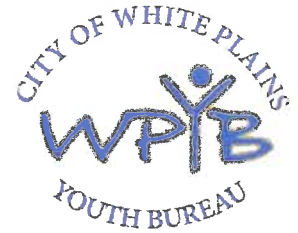
Income Limits	1 Person	2 Person	3 Person	4 Person	5 Person	6 Person
80%	\$71,400	\$81,600	\$91,800	\$102,000	\$110,150	\$118,300
60%	\$53,550	\$61,200	\$68,850	\$76,500	\$82,600	\$88,750
50%	\$44,650	\$51,000	\$57,400	\$63,750	\$68,850	\$73,950

El número total de personas residiendo en mi casa es _____.

Firma de padre/guardián _____ Letra de molde _____

Ingresos verificados por _____ Fecha _____

White Plains Youth Bureau
Credit Card Authorization Form
Formulario de Autorización de Tarjeta de Crédito



PLEASE PRINT AND COMPLETE THIS AUTHORIZATION AND RETURN TO US.

All information will remain confidential. Por favor imprimir y completar esta autorización y devolverla.

Toda la información se mantendrá confidencial.

Cardholder Name: _____
Titular de la tarjeta

Billing Address: _____
Dirección

Credit Card Type: ___ Visa ___ Mastercard ___ Discover ___ AmEx
Tarjeta

Credit Card Number: _____
de tarjeta

Expiration Date: _____
Fecha de vencimiento

Amount to Charge: \$ _____ (USD)
Cantidad a cobrar

I authorize the City of White Plains to charge the agreed amount listed above to my debit/credit card provided herein. I agree that I will pay for this purchase in accordance with the issuing bank cardholder agreement. Yo autorizo a la ciudad de White Plains a que cobre el monto acordado a la tarjeta provista. Acepto pagar esta compra de acuerdo al arreglo bancario.

Print name: _____
Escribir nombre

Signed: _____
Firma

Dated: _____
Fecha

Once signed, return to/ Una vez firmado, devolver a:

White Plains Youth Bureau
11 Amherst Place
White Plains, NY 10601