



# CAMPAMENTO DE ENRIQUECIMIENTO DE VERANO BITS 'N PIECES 2025

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 Highlands Middle School**  
**Estudiantes comenzando grado 1-5**  
**1 de julio - 8 de agosto, 2025**  
**8:30am - 5:00pm**

COSTO: \$1,112.00

COSTO CON BECA: \$669.00

(DIA EXTENDIDO DISPONIBLE - \$34.00 - POR SEMANA)

## **Requisitos de inscripción**

- 1) Copia del examen físico del niño/a Y
- 2) Copia del record de vacunas (*ambos tienen que tener menos de un año de vigencia*)
- 3) Copia de Formulario 1040 de Impuestos Federales 2024 (si va a aplicar por beca)
- 4) Pago: Cheque/'money order' pagado a "City of White Plains" o hoja de autorización de pago

**Solo se aceptaran las aplicaciones que se dejen en el buzón localizado en el vestíbulo del Depto. de Juventud.**

Oficina del programa Post-Escolar  
11 Amherst Place, lunes - viernes  
10 am - 6 pm  
(914) 422-1378

[www.whiteplainsyouthbureau.org](http://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](http://www.WhitePlainsYouthBureau.org)

THOMAS M. ROACH  
MAYOR

FRANK WILLIAMS, JR., Ph.D.  
EXECUTIVE DIRECTOR

ELIZABETH ALMONTE, MBA  
DEPUTY DIRECTOR

## CAMPAMENTO DE VERANO BITS 'N PIECES 2025

1 DE JULY – 8 DE AGOSTO 2025

### 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 2025 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

Requiere su hijo/a un EpiPen, inhalador y/o Benadryl?  Sí  No

**Nota: Si su hijo/a requiere tomar algun tipo de medicamento durante el horario del campamento, un MEDICAL AUTHORIZATION FORM tiene que ser completado por el PADRE y un MEDICOA y entregado al Director del Campamento el primer día del programa.**

Por favor anote medicamentos \_\_\_\_\_

Anote cirugías o heridas graves, con fechas \_\_\_\_\_

Anote enfermedades crónicas o recurrentes \_\_\_\_\_

Por favor describa las restricciones de actividad de su hijo/a o modificaciones necesarias \_\_\_\_\_

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

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

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 \_\_\_\_\_

Firma de padre/guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## ARREGLOS DE DESPEDIDA

Mi hijo/a \_\_\_\_\_ ha de ser despedido/a del campamento de la siguiente manera:  
(Marque todas los 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 Highlands Middle School. 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" Peces 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: \_\_\_\_\_

## 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: \_\_\_\_\_

### 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 proviniendo 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 médico 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: \_\_\_\_\_

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL USO DE LA COMPUTADORA

Yo, \_\_\_\_\_, padre/guardián de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **SÍ** \_\_\_\_\_ **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.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO DE FOTOGRAFIA/VIDEO

Yo, \_\_\_\_\_, padre/guardián de \_\_\_\_\_, mediante la presente,  
\_\_\_\_\_ **DOY** \_\_\_\_\_ **NO DOY** consentimiento de que el campamento Bits 'n Pieces 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 l

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 Pieces: 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: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

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



## PERMISO PARA USO DE PROTECCION SOLAR

Yo doy permiso de que mi hijo/a lleve y use protección solar que llevarán al campamento y afirmo que el protector solar está aprobado por la FDA para su uso sin receta para evitar la sobreexposición al sol.

Firma de padre/guardián: \_\_\_\_\_

Nombre el letra de molde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**White Plains Youth Bureau**  
**BITS 'N PIECES 2025 SUMMER CAMP ONLY**  
**Credit Card Authorization Form**  
**CAMPAMENTO BITS N' PIECES**  
**Formulario de Autorización de Tarjeta de Crédito**



PLEASE PRINT AND COMPLETE THIS AUTHORIZATION AND RETURN IT TO US.  
All information will remain confidential. ◊ POR FAVOR IMPRIMIR Y COMPLETER ESTA AUTORIZACIÓN Y DEVOLVERNOSLA.  
Toda la información se mantendrá confidencial.

Cardholder Name: \_\_\_\_\_  
Titular de la tarjeta

Billing Address: \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_

Credit Card Type:      \_\_\_ Visa      \_\_\_ Mastercard      \_\_\_ Discover      \_\_\_ AMEX

Card # \_\_\_\_\_  
# 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 cantidad 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





City Of White Plains Community Development



**COMMUNITY DEVELOPMENT PROGRAM  
(CDBG) INTAKE FORM**

**2025-2026**

**Agencia: WHITE PLAINS YOUTH BUREAU**

**Programa: Campamento de Enriquecimiento de verano  
Bits N' Pieces**

**National Objective: LMI**

**Sección A. Datos de contacto**

Nombre completo del individuo que recibirá los servicios (Adulto):

\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

# de celular: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

# de casa: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

# de trabajo: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mes/día/año): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Sección B. Datos del hogar**

Número de personas en el hogar: \_\_\_\_\_

Female head of household:  YES  NO

**Sección C. Raza y etnicidad**

**POR FAVOR SELECCIONE LA CATEGORIA QUE MEJOR DESCRIBA SU ETNICIDAD:**

Hispana

No Hispana

**Aunque haya escogido Hispana o no Hispana, todavía tiene que escoger una categoría de raza abajo.**

**POR FAVOR SELECCIONE LA CATEGORIA QUE MEJOR DESCRIBA SU RAZA:**

Blanca

Morena/Africana

Asiática

Indio-americano/nativo de Alaska & Blanco

Asiática & Blanca

Indio-americana/nativo de Alaska & Morena/Africana

Morena/Africana & Blanca

Indio-americana/nativo de Alaska

nativo de Hawaii/otra isla del Pacifico

**Seccion D. Ingreso**

**\*Comprobante de Ingreso del empleador no es suficiente a no ser que se incluya un comprobante de ingreso.**

Todos los aplicantes tienen que incluir el formulario de impuesto federal 1040.

Si no ha completado los impuestos, por favor incluya comprobantes de ingreso para determinar elegibilidad:

- Recibo de Sección 8
- Formulario Federal W2
- Comprobante de Beneficios de Desempleo
- Comprobante de ingreso de Social Security/SSA/SSD Statement
- Formulario Federal W4

Se requiere que adjunte su formulario de impuesto federal 1040 del 2023.

Ingreso total de hogar: \$ \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

En letra de molde: \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY:**

**INCOME CATEGORY:**

- Extremely Low 0-30% AMI
- Low 31%-50% AMI
- Moderate 51%-80% AMI
- Non-Low/ Moderate 81%-100% AMI

**Please note:** Agency must maintain Income Verification documentation in the client file and the Client Intake Form and submit a copy with claim vouchers.

Client intake forms are filed in the following location:

**Income Verification & Certification**

Please Circle the appropriate income category:  
2024 Maximum Income Guidelines

Income Limits	1 Person	2 Person	3 Person	4 Person	5 Person	6 Person
80%	\$87,500	\$99,950	\$112,500	\$124,950	\$134,950	\$144,950
60%	\$65,600	\$74,950	\$84,350	\$93,700	\$101,200	\$108,700
50%	\$54,700	\$62,500	\$70,300	\$78,100	\$84,350	\$90,600

Income verified by \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_