



# CAMPAMENTO DE ENRIQUECIMIENTO DE VERANO BITS 'N PIECES 2026

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 Chruch Street Elementary School**  
**Estudiantes comenzando grado 1-5**  
**30 de junio - 7 de agosto, 2026**  
**8:30am - 5:00pm**

**COSTO: \$ 1,145.00**

**COSTO CON BECA: \$ 720.00**

**(DIA EXTENDIDO DISPONIBLE (5:00pm-5:30pm) - \$35.00 /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 2026 (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 9am - 6pm:**

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)

JUSTIN BRASCH  
 MAYOR

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

ELIZABETH ALMONTE, MBA  
 DEPUTY DIRECTOR

**CAMPAMENTO DE VERANO BITS 'N PIECES 2026**  
**30 DE JUNIO – 7 DE AGOSTO 2026**

**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 2026** 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
- Convulsiones
- 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 algún 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 Hospitalización \_\_\_\_\_

Numero de identificación \_\_\_\_\_

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 Church Street 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" 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: \_\_\_\_\_

### 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/pagina 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 2026 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

**PROGRAMA DEL DESARROLLO DE LA COMUNIDAD  
FORMA DE CLIENTE ADMISIÓN 2025-2026**

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

Número de personas en el hogar

<b>16 o menos</b>	<b>17 - 21</b>	<b>21 - 61</b>	<b>62 y mas</b>

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.*

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

**\*\* 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 2025).**
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).

### 2025 Ingreso familiar

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

El número total de personas residiendo en mi casa es \_\_\_\_\_.

Firma de padre/guardián \_\_\_\_\_ Letra de molde \_\_\_\_\_

Ingresos verificados por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_