



# CAMPAMENTO DE VERANO STEM 2026

El Campamento de Verano STEM es un emocionante programa de seis semanas diseñado para estudiantes de secundaria para explorar y participar en una variedad de actividades prácticas de STEM (Ciencia, Tecnología, Ingeniería y Matemáticas). A lo largo del campamento, los participantes tendrán la oportunidad de trabajar en proyectos innovadores, colaborar con compañeros y desarrollar habilidades de resolución de problemas en un entorno divertido y de apoyo.

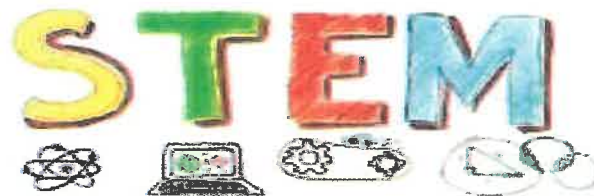
**Escuela Eastview**

**Estudiantes pasando a grados 6<sup>o</sup> - 8<sup>o</sup>**

**30 de junio - 7 de agosto 2026**

**9:00am - 3:30pm**

**Precio complete: \$907 Beca: \$545 (6 semanas)**



## Requisitos para la registraci3n

- 1) Copia del registro m3dico del estudiante Y
- 2) Copia del record de vacunas (ambos tienen que tener menos de un a1o de vigencia)
- 3) Pago de la registraci3n: Debito/Tarjeta de cr3dito/Cheque/Money Order
- 4) Copia de formulario de impuestos federales 1040 del 2025 (si est1 aplicando por la beca)

Aplicaciones completadas se han de meter en el buz3n localizado en la entrada del

Depto. de Juventud:

11 Amherst Place

Lunes - viernes 10-6 pm

(914) 422-1378

Comuniquese con Eric Rios

[erios@whiteplainsny.gov](mailto:erios@whiteplainsny.gov)

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

# Información de Campamento de Verano STEM

## Que necesitan saber los padres/guardianes

**Fechas de campamento:** 30 de junio – 7 de agosto

**Horario:** 9:00am – 3:30pm – No tenemos horario extendido

***NO PROVEEMOS TRANSPORTACION AL CAMPAMENTO NI A CASA.***

***Los padres deben dejar a los niños no antes de las 9:00 AM y recogerlos antes de las 3:30 PM en la Escuela Intermedia Eastview.***

***Solo se permitirá que los niños cuyos padres hayan indicado en la solicitud caminen a casa.***

**Local:** Escuela Intermedia Eastview, 350 Main St, White Plains, NY 10601

**Los participantes han de entrar y salir por la puerta #17 de la calle Amherst Place.**

Se les proveerá desayuno & almuerzo todos los días. Los estudiantes pueden traer comida de casa.

**NO se le permitirá a los estudiantes a pedir comida de afuera.**

Los estudiantes **NO podrán** usar sus celulares durante las horas del campamento.

Si usted necesita comunicarse con su hijo/a, puede llamar al Depto. de Juventud al **914-422-1378** y alguien dirigirá su llamada.

Encomiamos a los participantes a traer consigo botellas de agua reusables todos los días.



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  
 EXECUTIVE DIRECTOR

ELIZABETH ALMONTE, MBA  
 DEPUTY DIRECTOR

**CAMPAMENTO DE VERANO STEM 2026**  
**30 DE JUNIO-7 DE AGOSTO, 2026**

**INFORMACION DEL ESTUDIANTE**

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_ código postal: \_\_\_\_\_ # de teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Etnicidad/Raza \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

**Grado a partir de septiembre 2026 (por favor marque uno):** 6º 7º 8º

**INFORMACION DE PADRES/GUARDIANES**

Padre/Guardián 1: \_\_\_\_\_ Padre/ Guardián 2: \_\_\_\_\_

# de celular: \_\_\_\_\_ # de celular: \_\_\_\_\_

# de trabajo: \_\_\_\_\_ # de trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ correo electrónico: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA**

*(Se requiere persona que no sea padre/guardián como contacto de emergencia)*

Nombre \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el niño/a \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el niño/a \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el niño/a \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY**

Medical Form \_\_\_\_\_ Immunization Form \_\_\_\_\_ Fee Paid \_\_\_\_\_ Method of Payment \_\_\_\_\_ Last 4 digits \_\_\_\_\_

**HISTORIA MÉDICA**  
*(Padre/guardián tiene que llenar esta sección)*

Nombre de niño/a \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Nombre de padre/guardián \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Es buena la salud general de su hijo/a? \_\_\_\_\_ Si no, describa usando la table:

**Esta su hijo/a sujeto a:**

**Alergias:**

**Alergias de alimento:**

**Historial de enfermedades:**

<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> Hiedra venenosa	<input type="checkbox"/> Maní	<input type="checkbox"/> Viruela
<input type="checkbox"/> Infecciones de oído	<input type="checkbox"/> Picaduras de insecto	<input type="checkbox"/> Otras clases de nueces	<input type="checkbox"/> Sarampión
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sarampión alemán
<input type="checkbox"/> Caminar dormido/a	<input type="checkbox"/> Otras drogas		<input type="checkbox"/> Fiebre reumática
<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Fiebre del heno		<input type="checkbox"/> Haemophilus
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Influenza Tipo B		
	<input type="checkbox"/> Hepatitis B		

Usa su hijo/a un EpiPen, inhalador de asma y/o Benadryl?  Sí  No

**Nota:** *Si se requiere que el niño tome algún tipo de medicamento durante las horas del campamento, se debe completar un **FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA** por separado por el PADRE Y EL MÉDICO y presentarse al Director del Campamento el primer día de campamento.*

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

Cirugías o heridas graves con fechas \_\_\_\_\_

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

Por favor describa restricciones que tenga su hijo/a en cuanto a actividades o modificaciones necesarias  
\_\_\_\_\_

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

Necesita su hijo/a estar en una clase pequeña o recursos extras durante el día escolar?  Sí  No

Por favor describa \_\_\_\_\_

**LOS PADRES TIENEN QUE NOTIFICARLE AL PROGRAMA SI EL NIÑO/A HA SIDO EXPUESTO/A A UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA ANTES O DURANTE EL COMIENZO DEL PROGRAMA.**

**PERMISO DE HOSPITAL/ HOJA DE PERMISO**

Nombre del médico \_\_\_\_\_ # de teléfono \_\_\_\_\_

En caso de herida, yo \_\_\_\_\_ doy permiso de llevar a mi hijo/a \_\_\_\_\_ al hospital a recibir tratamiento, incluyendo evaluación de heridas, rayos x y cuidado necesario.

Seguro médico de hospital: \_\_\_\_\_

Número 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 todos los que apliquen)

- A. Padre/guardián recogerá:  Si  No  
B. Niño/a ha de ser despedido/a con la(s) siguiente(s) persona(s): .

Nombre: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

***Cambios de despedida DESPUES del comienzo del campamento se tienen que hacer por escrito en la oficina principal.***

## PERMISO PARA CAMINAR A CASA

Yo, \_\_\_\_\_, padre/guardián de \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ **DOY** \_\_\_\_\_ **NO DOY** permiso para que mi hijo/a sea despedido/a a las 3:30 pm y camine a casa del programa.

Firma del padre/guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE PERMISO Y EXONERACIÓN PARA VIAJE PARENTAL

I, \_\_\_\_\_ as parent or legal guardian, do hereby authorize my child, \_\_\_\_\_ to participate in the Summer STEM Camp day trips during the camp session. For these day trips, my child will leave from and return to the camp site.

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

**I have read, understand and agree with the terms of this permission and release form.**

Firma del padre/guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### POLIZA DE NO REEMBOLSO

Existe una política de no reembolso en todos los pagos. Los reembolsos solo se procesarán debido a una enfermedad o accidente. Los padres que soliciten un reembolso deben notificar por escrito al Depto. de Juventud, acompañado de un certificado médico, antes del inicio del Campamento de Verano STEM. **He leído y estoy de acuerdo con esta póliza.**

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

### PERMISO DE RESPONSABILIDAD

En consideración a su aceptación de mi hijo/a \_\_\_\_\_ para su participación en las actividades/programas del Depto. de Juventud de la ciudad de White Plains, acepto que estoy consciente de los peligros y riesgos inherentes involucrados en estas actividades/programas, incluyendo lesiones corporales que pueden ser el resultado de actividad extenuante u otras causas relacionadas con estas actividades/programas. Acepto liberar y mantener indemne a la Ciudad de White Plains, sus funcionarios, oficiales, agentes, empleados y voluntarios, de y contra cualquier y toda responsabilidad, daño o reclamación de cualquier naturaleza que surja de o de alguna manera esté relacionada con la participación de mi hijo/a en estas actividades/programas, excepto aquellas cosas causadas por la negligencia exclusiva de la Ciudad. Entiendo que la Ciudad de White Plains no proporciona seguro de accidentes o médico y que soy financieramente responsable de cualquier y todos los gastos médicos. Se me recomienda consultar al médico de mi hijo/a antes de permitir que participe en cualquier actividad estrena.

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

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

### PERMISO PARA USAR LA COMPUTADORA *Se requiere firma para cualquiera de las opciones*

Yo, \_\_\_\_\_, padre/guardián de \_\_\_\_\_

**DO** \_\_\_\_\_ **NO DOY** \_\_\_\_\_ doy consentimiento para que mi hijo/a use el internet para actividades educativas bajo la supervisión del personal del campamento STEM.

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

### CONSENTIMIENTO DE FOTO/VIDEO

Yo, \_\_\_\_\_, padre/guardián de \_\_\_\_\_

**DOY** \_\_\_\_\_ **NO DOY** \_\_\_\_\_ mi consentimiento para que el Campamento de Verano STEM y el Depto. de Juventud de White Plains puedan grabar en video/fotografiar a mi hijo(a) y usar dichos videos/fotografías para publicación/transmisión/sitio web. Renuncio a cualquier reclamo que pueda tener contra el Depto. de Juventud de la ciudad de White Plains derivado del uso de dichos videos/fotografías.

Entiendo que dicha información podría ser posteriormente utilizada por otros medios.

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

## FORMULARIO DE DIVULGACION DE INFORMACION EDUCATIVA

Yo, \_\_\_\_\_, padre/guardián de \_\_\_\_\_,  
doy permiso para la divulgación de la siguiente información de la escuela de mi hijo al personal educativo del Campamento de Verano STEM: calificaciones, informes de asistencia, informes de progreso e informes intermedios, intercambios de información con maestros, trabajadores sociales, consejeros, psicólogos y funcionarios escolares, en la medida en que se relacionen con el comportamiento y el desempeño académico del estudiante.

*Esta información es estrictamente confidencial y será tratada como tal por el Depto. de Juventud de la ciudad de White Plains al trabajar con mi hijo/a.*

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

## PERMISO PARA USO DE PROTECCION SOLAR

Doy mi consentimiento para que mi hijo lleve y use el protector solar que traerá 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 en letra de molde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**White Plains Youth Bureau**  
**STEM CAMP 2026 SUMMER CAMP ONLY**  
**Credit Card Authorization Form**  
**CAMPAMENTO STEM**  
**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 \_\_\_\_\_