YouthCity!

El Programa para Después de la Escuela de la Ciudad de Salt Lake

Programas para después de la escuela para jóvenes de Salt Lake City
Grados 3ro – 8vo

Misión:

Youthcity promueve el desarrollo positivo de los jóvenes en Salt Lake City, ofreciendo oportunidades fuera de la escuela para desarrollar habilidades sociales, emocionales, de buen carácter y ciudadanía, en un ambiente inclusivo.

Locaciones:

Central City Rec. Center
615 S. 300 E.
Nimo Samatar • 385-468-1555

Fairmont Park
1040 E. 2250 S.
Colin Crebs • 801-466-0904

Liberty Park
1031 S. 600 E.
John Lyman • 801-533-0485

Ottinger Hall
233 N. Canyon Rd.
Koty Lopez • 801-320-0939

Sorenson Unity Center
1383 S. 900 W.
Jorge Chamorro • 801-535-6532

Clases:

Las clases están basadas en el interés del participante y cambian cada session.

- Skateboarding
- Video filmación
- Supervicencia a los zombies
- Diseño de videojuegos
- Clases de cocina
- Música
- Computación
- Creación de podcasts
- Artes Visuales

Costo del programa:

Verano

$11-448 por Sesión (1 y 2)*

$11-224 Sesión 3 *

*dependiendo del ingreso y el tamaño de la familia, becas disponibles para refugiados

Horario del programa:

Verano (10 Semanas)

Lunes – Viernes: 8:30-5:30

Para más información: youthcity.com

Verano - 2018

Nombre del Participante _____Fecha de Nacimiento _____/_____/_____

Edad _____ Género _____ Nombre del Padre/Madre _____ _____

Dirección_____ Ciudad_____ ZIP_____

Mejor # _____-_____-_____ Texto # _____-_____-_____

Email_____ Email Alternativo _____

Escuela _____ Grado _____ No. de Estudiante (No. Lunch) ___ ___ ___ ___ ___ ___

Raza

- ☐ Asiático/Islas del Pacífico
- ☐ Caucásico/Blanco
- ☐ Nativo Americano
- ☐ Negro/Afro Americano
- ☐ Hispánico
- ☐ Otro

Un padre o guardián legal debe leer y firmar abajo para que el estudiante pueda participar en YouthCity

Liberación y Indemnización: Reconozco y acepto que la participación de mi hijo en las actividades pueden implicar daños corporales y / o daños emocionales para mí y / o niños. En consideración a mi hijo que se le permita participar en tales eventos, yo por mí mismo, mi hijo, mis herederos, mis ejecutores y administradores, voluntariamente y con conocimiento descargo negligencia sobre cualquier daño causado, excepto por daños causados por la mala conducta del personal de YouthCity, que puede ser resultado de la participación de mi hijo.

Reembolsos: YouthCity puede retener el 25% del reembolso (del pago de la registración) para los gastos administrativos. Todos los reembolsos se pueden solicitar en persona, acompañado con una solicitud de reembolso escrita. No se darán reembolsos después del primer día del programa.

Colecciones: Estoy de acuerdo en pagar la Oficina de Procuraduría de la Ciudad de Salt Lake para la colección. Yo entiendo que cualquier cuenta delincuente más de 30 días será entregada a la Oficina de Procuraduría de la Ciudad de Salt Lake para la colección.

Tratamiento de emergencia: Autorizo que el personal de la Ciudad de Salt Lake puede actuar en mi nombre, de acuerdo con su mejor criterio en el caso de una emergencia que involucre a mi hijo, y estoy de acuerdo en asumir toda la responsabilidad por todos los gastos, médicos o otros, que pudieran derivarse del caso . Yo entiendo que yo o mi compañía de a seguranza se le cobrará por el tratamiento de emergencia.

Permiso de Transporte: Por lo presente, doy mi permiso al personal de YouthCity para transportar a mi hijo o pupilo para las excursiones.

Yo estoy de acuerdo y voluntariamente asumo todos los riesgos, que pueden estar asociados con o resultar cuando mi hijo o pupilo sea transportado al Programa de YouthCity. También estoy de acuerdo de liberar el Distrito de Escuelas de Salt Lake City, YouthCity, la Corporación de Salt Lake City y el Condado de Salt Lake, sus agencias, dependencias, representantes, agentes de los empleados y todos los patrocinadores y / o funcionarios y el personal de cualquier entidad o persona, sus representantes, afiliados de los agentes, directores, empleados, voluntarios y empleados de cualquier y toda responsabilidad, reclamos, demandas, acciones y causas de las acciones por cualquier pérdida, reclamación, daño, lesión, enfermedad, honorarios de abogados, o daño de cualquier tipo o clase para mí o mi hijo o pupilo que surjan de la actividad de todos y cada uno asociado a las actividades mencionadas. He leído cuidadosamente y entendido el contenido de esta forma con respecto al transporte de mi hijo o pupilo.

Permiso para Fotos: Doy permiso para que las fotografías y grabaciones de vídeo de mi hijo / hija de la participación en las actividades de Salt Lake City para ser utilizadas en materiales de promoción para este y otros programas asociados. Entiendo que estas fotos y / o videos se pueden utilizar en folletos, programas de edición de vídeo, Internet y otros artículos de promoción para informar a los interesados acerca de las actividades de Salt Lake City.

Igualdad de Oportunidades: La Corporación de Salt Lake YouthCity ofrece igualdad de oportunidades a los participantes sin distinción de raza, credo, género o capacidad de pago, y cuando sea solicitado, facilitar ajustes razonables para las personas con discapacidades.

Al firmar este documento, yo reconozco que he leído su contenido y dicho, y que estoy de acuerdo con sus términos.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf. y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2)fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Al firmar este documento, yo reconozco que he leído su contenido y dicho, y que estoy de acuerdo con sus términos.

FIRMA DEL PADRE_____ FECHA_____/_____/_____

LOCACIÓN: (Marque uno)

☐ Central City ☐ Fairmont Park ☐ Liberty Park ☐ Ottinger Hall ☐ Sorenson Unity Center

REGISTRO PARA: (Marque todas las que apliquen)

☐ Sesión 1 (Junio 11 - Julio 6) ☐ Sesión 2 (Julio 9 - Agosto 3) ☐ Sesión 3 (Agosto 6 - 17)

COSTO: Las tarifas varian entre $11 y $448 por estudiante, por mes para residentes de la Ciudad de Salt Lake y están basadas en el tamaño e ingreso de la familia. Las tarifas pueden ser pagadas en línea con tarjeta de crédito o débito, también en persona con cheque o money order.

Tamaño de la familia ☐

Ingreso Anual Total de la Familia (antes de deducciones): $ ☐

☐ A – El ingreso anual total de nuestra familia es ***más*** de lo que se muestra abajo.
Calificamos para una tarifa de: **$448** – Sesión 1 **$448** – Sesión 2 **$224** – Sesión 3

Tamaño de la Familia	2	3	4	5	6	7	8
Ingreso	$60,400	$67,900	75,400	$81,500	$87,500	$93,500	$99,600

☐ B – El ingreso anual total de nuestra familia es *menos* de lo que se muestra abajo.
Calificamos para una tarifa de: **$257** – Sesión 1 **$257** – Sesión 2 **$127.50** – Sesión 3

Tamaño de la Familia	2	3	4	5	6	7	8
Ingreso	$60,400	$67,900	75,400	$81,500	$87,500	$93,500	$99,600

☐ C - El ingreso anual total de nuestra familia es *menos* de lo que se muestra abajo.
Calificamos para una tarifa de: **$171** – Sesión 1 **$171** – Sesión 2 **$85.50**– Sesión 3

Tamaño de la Familia	2	3	4	5	6	7	8
Ingreso	$48,250	$54,300	$60,300	$65,150	$69,950	$74,800	$79,600

☐ D - El ingreso anual total de nuestra familia es *menos* de lo que se muestra abajo.
Calificamos para una tarifa de: **$114** – Sesión 1 **$114** – Sesión 2 **$57** – Sesión 3

Tamaño de la Familia	2	3	4	5	6	7	8
Ingreso	$36,240	$40,740	$45,240	$48,900	$55,356	$65,407	$69,378

☐ E - El ingreso anual total de nuestra familia es *menos* de lo que se muestra abajo.
Calificamos para una tarifa de: **$57** – Sesión 1 **$57** – Sesión 2 **$28.50** – Sesión 3

Tamaño de la Familia	2	3	4	5	6	7	8
Ingreso	$25,368	$28,518	$31,668	$34,230	$38,899	$43,825	$48,752

☐ F –El ingreso anual total de nuestra familia es *menos* de $10,000 (cualquier tamaño de la familia), calificamos para una tarifa de **$11** por mes.

☐ G – Mi hijo(a) llego como refugiado a los Estados Unidos. Estoy solicitando una beca completa.

☐ Haré mis siguientes pagos online ☐ Haré mis pagos con cheque o money order

Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud, es verdadera y que todo ingreso esta reportado. Entiendo que funcionarios de la ciudad pueden verificar (revisar) la información. Entiendo que si intencionalmente doy información falsa, puedo ser llevado a juicio.

Child Name: _____ Parent Name: _____

Signature: _____ Date_____/_____/_____
mm dd yyyy

For Office Use Only:

Verified _____

Información de Salida y Contactos de Emergencia – Verano 2018

Participante _____

#1 – Padre/Tutor_____ Relación_____ Mejor# _____-_____-_____

Email-_____ Por favor envíenme noticias: ☐ Si ☐ No Vía: ☐ E-Mail ☐ Texto

#2 – Padre/Tutor_____ Relación_____ Mejor# _____-_____-_____

Email-_____ Por favor envíenme noticias: ☐ Si ☐ No Vía: ☐ E-Mail ☐ Texto

ALT Padre/Tutor_____ Relación_____ Mejor# _____-_____-_____

Email_____ Por favor envíenme noticias: ☐ Si ☐ No Vía: ☐ E-Mail ☐ Texto

Opciones para la salida: Por favor marque todas las que apliquen

☐ Padre/Tutor recogerá al niño(a) (a las 5:30pm). ☐ El participante puede firmar su salida y caminar a casa

☐ Participante puede firmar su salida y caminar a casa con un hermano(a) mayor

Nombre del hermano(a): _____ Teléfono: _____-_____-_____

☐ Otros adultos pueden recoger al participante:

Nombre_____ Relación_____ Mejor# _____-_____-_____

Nombre_____ Relación_____ Mejor# _____-_____-_____

Mi hijo(a) tiene alergias:

☐ Si ☐ No Por favor mencione: _____

Mi hijo(a) tiene necesidades especiales:

☐ Si ☐ No Por favor mencione: _____

Natación:

☐ Mi hijo(a) sabe nadar ☐ Mi hijo(a) NO sabe nadar

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: (Por favor proporcione al menos dos contactos)

Nombre_____ Relación_____ Mejor# _____-_____-_____

Nombre_____ Relación_____ Mejor# _____-_____-_____

Por favor proporcione un contacto que viva fuera de este estado:

Nombre_____ Relación_____ Mejor# _____-_____-_____

Dirección_____ Ciudad_____ Estado_____ ZIP_____

En caso de que mi hijo sufra una lesión considerable, yo doy permiso de que mi hijo sea tratado en una instalación médica legítima y por personal médico calificado.

FIRMA DEL PADRE/MADRE _____ FECHA_____/_____/_____
mm dd aaaa

YouthCity Reglas del Programa y Plan de Manejo de Conducta

Creemos que los participantes se divierten mejor cuando se respetan a si mismos, respetan a los demás y respetan los espacios de Youth City. Para facilitar un ambiente seguro y de aprendizaje enriquecido, tenemos tres simples reglas:

1. **Respeto a ti mismo**
   - Participa en las clases y programas de Youth City
   - Use buenos modales y sé cortés
   - Habla y actúa apropiadamente todo el tiempo – esto significa sin groserías, ya sea dichas o escritas
   - Ven preparado para actividades y clases para que puedas participar completamente
   - Habla con un adulto inmediatamente si sientes "bullying"
2. **Respeta a los demás**
   - Sigue las instrucciones la PRIMERA vez que se te dan – el personal está aquí para ayudar a que estés seguro y a que te diviertas
   - Mantén manos, pies y cualquier otro objeto para ti mismo, YouthCity tiene CERO tolerancia a la violencia.
   - Quédate en el área de YouthCity en todo momento
   - Mantente junto a tu grupo – permanece a la vista del personal de YouthCity en todo momento
   - Sigue la regla de oro – trata a otras personas de la misma manera que te gustaría ser tratado.
   - Di lo siento cuando sea necesario
   - Ofrece ayudar a otros
   - Evita traer dinero y comprar en los puesto de comida y máquinas expendedoras
   - Habla con un adulto inmediatamente si ves "bullying"
3. **Respeta el espacio**
   - Cuida las cosas de YouthCity, los materiales y las computadoras.
   - Pon las cosas en su lugar cuando termines – asegúrate de que el lugar está más limpio de cómo lo encontraste
   - Camina tranquilamente cuando estés adentro de un edificio
   - Sé respetuoso cuando vayas en la camioneta o el autobús de YouthCity
     - Cinturones de seguridad deben estar abrochados en todo momento
     - Mantén tus manos para ti mismo
     - Mantén tu voz baja
     - Permanece en tu asiento
     - Sólo come o bebe dentro, con el permiso del personal de YouthCity
   - Deja los juguetes/juegos/electrónicos en casa, dado que pueden distraerte de nuestros programas y clases

Tres Strikes

- 1ra vez que el participante rompe una regla: Se dará una advertencia y al participante se le ayudará a revisar las acciones que hizo y a considerar las reglas de YouthCity.
- 2da vez que el participante rompe una regla: El participante es invitado a sentarse aparte y tranquilizarse. La duración es negociada por el participante y el personal de YouthCity.
- 3ra vez que el participante rompe una regla: El participante será retirado de la actividad y será enviado a la oficina del Gerente donde los padres podrían ser notificados, el participante también llenará una hoja en el diario de comportamiento.

Violencia Física – CERO Tolerancia

Es nuestra responsabilidad mantener a los niños y al personal seguros. Para asegurar su seguridad, cualquier participante involucrado en un altercado físico agresivo será suspendido.

Suspensión

Si el comportamiento físico persiste, el participante podría ser suspendido y/o dado e baja del programa. Antes de que el participante suspendido sea considerado para regresar a YouthCity, el participante, el padre/madre o tutor y el Gerente del programa, deberán reunirse para discutir las expectativas de comportamiento y el posible regreso a participar en los programas de YouthCity.

Firma del Participante_____ Fecha _____/_____/_____
mm dd aaaa

Padre/Madre o Tutor _____ Fecha _____/_____/_____
mm dd aaaa

NATIONAL ABILITY CENTER
Discover The Possibilities
T: 435.649.3991 F: 435.658.3992 www.DiscoverNAC.org registration@DiscoverNAC.org 1000 Ability Way Park City, Utah 84060

Paquete e Historia Médica del Participante

Este paquete tendrá que ser completado anualmente.

Envíe el paquete completo a **registration@DiscoverNAC.org**, **o por Fax (435) 658-3992 o al P.O. Box 682799 Park City UT 84068**

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PARTICIPANTE

Nombre: _____ Fecha:____/_____/_____
Edad: ____ Fecha de nacimiento: _____/_____/_____
Hombre____ Mujer____ Altura: ____ Peso: ____ Dirección:
_____
_____
Teléfono: _____Teléfono celular: _____

OTRA INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Diagnóstico - Primario: _____
Secundario: _____
Detalles: _____
Fecha de inicio: _____
Idioma principal que habla / entiende: _____

¿Se han producido ataques en el último año? __ Sí__ No
En caso afirmativo, fecha de la más reciente_____
Tipo de convulsión: _____
¿Están controladas? ___ Sí___ No

Servicio militar: ___ Ninguno ____ Actual____ Terminado
Lugar: _____

CONTACTO PARA EMERGENCIAS

Nombre:_____Relación: _____
Dirección: _____
_____
Teléfono de casa: _____Teléfono celular: _____
Teléfono del trabajo: _____
Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIÁN/CUIDADOR

Nombre: _____Relación: _____
Teléfono de casa: _____
Teléfono celular: _____
Teléfono del trabajo: _____
Correo electrónico: _____

Alergias Enumere todas las alergias conocidas, reacciones y medicamentos
___ Sin problemas (si no hay problemas a este respecto prosiga a la Autorización para medios de comunicación)
_____
_____
_____
_____

Programa específico

¿El participante ha montado un caballo? ___Sí ___No

En caso afirmativo, ¿de qué tipo? ___Paseo en Poni ___Vaquero ___Inglés___Paseo a caballo
¿Necesita ayuda? ___Sí ___No En caso afirmativo, ¿de qué tipo? ___Caminante que dirige ___Caminante que acompaña ___No sabe

¿El participante ha esquiado antes? ___Si ___No
En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____**De pie:** | _____ Esquís típicos | _____ Snowboard | _____ Ski Walker | _____Otro |
_____ **Sentado:** | _____ Bi-Ski | _____ Mono-Ski |

Autorización para Medios de comunicación/Fotos (Elija uno y firme)

_____ Por la presente **autorizo y doy mi pleno consentimiento** al Centro de Capacidad Nacional para los derechos de autor y / o publicar cualquiera y todas las fotografías, cintas de video y / o películas en las que aparezco mientras asistía a esta actividad o evento en el Centro de Capacidad Nacional (National Ability Center). Estoy de acuerdo en que el Centro de Capacidad Nacional (National Ability Center) podrá transferir, usar o hacer estas fotografías, cintas de video o películas de cualesquier exposiciones, exhibiciones públicas, publicaciones, anuncios, arte y fines de publicidad y programas de televisión sin limitaciones ni reservas.

_____ **No doy** mi consentimiento al Centro de Capacidad Nacional (National Ability Center) para los derechos de autor, publicar, ceder o utilizar cualesquier fotografías, videos o películas en las que aparezco mientras asistía a esta actividad o evento en el Centro de Capacidad Nacional (National Ability Center).

_____X_____

Firma del participante (o tutor si es menor de 18 años) *Nombre en letra de molde del padre/tutor - (Si es menor de 18 años)*

ACUERDO DEL PARTICIPANTE, LIBERACIÓN Y ACEPTACIÓN DE RIESGO

En consideración de los servicios del Centro Nacional de Capacidad (National Ability Center), sus agentes, propietarios, funcionarios, voluntarios, participantes, empleados y todas las demás personas o entidades que actúen en cualquier capacidad en su nombre (en adelante referidos colectivamente como "CENTRO DE LA CAPACIDAD NACIONAL"), Yo acepto liberar, indemnizar y descargar al CENTRO NACIONAL DE CAPACIDAD, en nombre de mí mismo, mi esposa, mis hijos, mis padres, mis herederos, cesionarios, representante personal y estado de la siguiente manera:

1. Reconozco que las actividades recreativas conllevan riesgos conocidos e imprevistos que podrían provocar lesiones físicas o emocionales, parálisis, muerte o daño a mí mismo, a la propiedad, o de terceros. Entiendo que tales riesgos simplemente no pueden ser eliminados sin poner en peligro las cualidades esenciales de la actividad.

Los riesgos incluyen, entre otras cosas: la colisión con objetos fijos, otras personas, otras embarcaciones, o vida silvestre, ahogamiento accidental, fallas en los equipos, fuerte viento, las olas, u otras inclemencias del tiempo, incluyendo un rayo. La exposición a los elementos naturales podría causar quemaduras de sol, deshidratación, agotamiento por calor, golpe de calor y calambres por calor. La exposición al agua fría puede resultar en choque de frío, hiperventilación e hipotermia y en casos extremos, la muerte y la muerte accidental es también una posibilidad. Además, la fatiga, el frío y / o mareos pueden disminuir mi / nuestro tiempo de reacción y aumentar el riesgo de un accidente.

Además, el CENTRO DE LA CAPACIDAD NACIONAL organiza tareas difíciles de realizar. Ellos buscan la seguridad, pero no son infalibles. Ellos podrían no ser conscientes de la aptitud o capacidad de un participante. Podrían juzgar mal el clima u otras condiciones ambientales. Ellos pueden dar advertencias o instrucciones incompletas y el equipo que se utiliza podría funcionar mal.

2. Acepto expresamente y prometo aceptar y asumir todos los riesgos existentes en esta actividad. Mi participación en esta actividad es totalmente voluntaria y yo elijo participar a pesar de los riesgos. Además, estoy de acuerdo en usar equipo de seguridad relacionado con la actividad, incluyendo pero no limitado a artículos tales como un dispositivo de flotación personal (chaleco salvavidas) aprobado por el Servicio de Guardacostas de E.U.A., en la participación en deportes acuáticos, cascos de ciclismo y esquí y casco de snowboard.

3. Yo libero voluntariamente, descargo para siempre y estoy de acuerdo en indemnizar y mantener indemne al CENTRO DE LA CAPACIDAD NACIONAL de cualesquier y todos los reclamos, demandas, o causas de acción, que estén relacionados de alguna manera con mi participación en esta actividad o mi uso de equipos o instalaciones del CENTRO DE LA CAPACIDAD NACIONAL, **incluyendo cualquier reclamo que alegue actos negligentes u omisiones del CENTRO DE LA CAPACIDAD NACIONAL**.

4. Si el CENTRO DE LA CAPACIDAD NACIONAL o cualquier persona que actúe en su nombre, se le requiera incurrir en gastos y costos para hacer cumplir este acuerdo de abogado, estoy de acuerdo en indemnizar y mantener indemne de todos los cargos y costes.

5. Yo certifico que tengo un seguro adecuado para cubrir cualquier lesión o daño que pudiera causar o sufrir durante mi participación, o bien estoy de acuerdo en asumir los costos de dicha lesión o daño a mí mismo. Además, certifico que estoy dispuesto a asumir el riesgo de cualquier condición médica o física que pueda tener.

6. En el caso de que presente una demanda contra el CENTRO DE LA CAPACIDAD NACIONAL, me comprometo a hacerlo únicamente en el estado de Utah, y estoy de acuerdo en que el derecho sustantivo de ese Estado se aplicará en esa acción sin tener en cuenta el conflicto de principios de derecho de ese Estado. Estoy de acuerdo en que si se encuentra que alguna parte de este acuerdo es inválida o inaplicable, el documento restante permanecerá en pleno vigor y efecto.

Al firmar este documento, reconozco que si alguien está herido o propiedad es dañada durante mi participación en esta actividad, pueda ser hallado por un tribunal de justicia, renunciado a mi derecho a mantener una demanda contra el CENTRO DE LA CAPACIDAD NACIONAL sobre la base de cualquier reclamación de la que les he lanzado aquí.

He tenido oportunidad suficiente de leer este documento entero. He leído y entendido y estoy de acuerdo en estar obligado por sus términos.

Firma del participante _____Nombre en letra de molde _____

Dirección_____

Teléfono_____Fecha_____

INDEMNIZACIÓN ADICIONAL DEL PADRE O TUTOR

(Debe ser completado por los participantes menores de 18 años)

En consideración de _____ (escriba legiblemente el nombre del menor) ("Menor") permitido por el CENTRO DE LA CAPACIDAD NACIONAL a participar en sus actividades y de utilizar sus equipos e instalaciones, estoy de acuerdo en indemnizar y mantener indemne a al CENTRO DE LA CAPACIDAD NACIONAL de cualesquier y todas las reclamaciones entabladas por o en nombre del menor y que están relacionadas de alguna manera con dicho uso o participación por menores.

Padre o Tutor: _____Nombre en letra de molde_____Fecha_____

UTAH EDUCATION POLICY CENTER
THE UNIVERSITY OF UTAH

Evaluación de Los Programas Después de la Escuela
Documento de Permiso para Padres de Familia

Como participante del programa de después de la escuela, su hijo(a) será invitado(a) a llenar un cuestionario electrónico. Este cuestionario es parte de una evaluación continua de los programas de después de la escuela en el estado de Utah. Antes que usted decida si su hijo(a) completará los cuestionarios electrónicos es importante que usted se entere de las razones por las cuales este estudio está siendo conducido y lo que se involucrara. Por favor tome su tiempo para leer la siguiente información cuidadosamente. Pregúntenos sobre cualquier consternación o incongruencia o pídanos más información.

El propósito de estos cuestionarios es para evaluar los programas de después de la escuela en el cual su hijo(a) participa. Las agencias de Utah Department of Workforce Services (DWS) y/o el Utah State Board of Education le ha pedido al Utah Education Policy Center (UEPC) en la Universidad de Utah de conducir una evaluación sobre el programa de su hijo(a). Estamos conduciendo esta evaluación para entender cómo podemos mejorar los programas de después de la escuela.

Nosotros queremos preguntarle a su hijo(a) que llene un cuestionario electrónico que toma aproximadamente 15 minutos. El cuestionario incluye preguntas sobre la calidad del programa de después de la escuela, sus actitudes e intereses de su hijo(a), y los beneficios asociados por participar en el programa de después de la escuela. Le preguntaremos a su hijo(a) que provee su número de identificación de la escuela, nombre, fecha de nacimiento, y género. Los datos de esta encuesta serán confidenciales y asegurados en un sistema protegido por contraseña. Su hijo(a) nunca será identificado en cualquier reporte sobre los resultados o reportes de la evaluación.

Los riesgos de este estudio son mínimos. Su hijo(a) tal vez tenga un poco de molestia al completar el cuestionario. No hay ningún beneficio directo (monetario o material) para su hijo(a) por participar en este estudio. Sin embargo, los posibles beneficios incluyen aprender más sobre cómo mejorar la calidad académica del programa de después de escuela, en el cual tiene beneficios de largo plazo para su hijo(a) y otros estudiantes.

Si usted tiene preguntas o quejas sobre esta evaluación o siente que usted o su hijo(a) han sido dañados por consecuencia de su participación, por favor de comuníquese con la Doctora Cori Groth, Directora Asociada de UEPC al número (801) 581-5177.

Si tiene preguntas sobre los derechos de su hijo(a) como sujeto investigativo puede contactar el Institutional Review Board (IRB). También puede presentar sus preguntas o quejas que no puede presentar a los investigadores en la oficina de la Universidad de Utah IRB al teléfono 801-581-3655 o por correo electrónico al irb@hsc.utah.edu.

Completar el cuestionario es voluntaria. En cualquier momento, usted tiene la opción de escoger que su hijo(a) no participe. Su hijo(a) tendrá la opción de participar cuando el cuestionario sea administrada, y él o ella escogerán en ese momento si quiere participar. Si usted decide que su hijo(a) no participara, la relación con sus maestros o maestras o participación en el programa de actividades después de escuela no será afectadas al tomar esta acción. Su hijo(a) tiene la opción de no terminar el cuestionario e omitir ciertas preguntas ella o el prefiere no contestar sin penalización o pérdida de beneficios. El cuestionario será administrado electrónicamente durante las horas después de la escuela.

Yo afirmo haber leído y entiendo este documento y he tenido la oportunidad de preguntar sobre cualquier incongruencia o consternación. **Estoy de acurdo de permitir que mi hijo/a complete el cuestionario electronica.**

_____
Nombre del Niño(a)

_____
Nombre del Padre/Madre/Guardián

_____ _____
Firma del de Padre/Madre/Guardián Fecha

_____
Relación del adulto responsable del El/la niño(a)