



LEXINGTON LEADERSHIP FOUNDATION
AMACHI CENTRAL KENTUCKY



LEXINGTON LEADERSHIP FOUNDATION
URBAN IMPACT

Aplicación para Niños y Jóvenes

Amachi Central KY, Urban Impact (UI) son programas de mentores de Lexington Leadership Foundation

Apellido del niño: _____ Primer Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección de la calle

Ciudad, Estado

Código postal

Número de teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: __ Edad: __ Raza: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Información General

1. Niño vive con: Mama Papa Ambos Relativo Otro

2. Nombres de los guardianes primarios para tu hijo y relación a tu hijo:

3. Hay un padre en cárcel u otro relativo? Si No

¿Si la respuesta es sí, cual es la relación a tu hijo?

4. Tu hijo(a) ha estado involucrado con el sistema juvenil judicial? Si No

5. Tienes interés en otros programas (elige cuales)?

Programa de leer Tutoría/ayuda con tareas Programas atléticos

Grupo de apoyo para los abuelos Iniciativa de padres Ministerio de oración

Otro _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Por favor enliste a dos padres o guardianes que deberían ser llamados primeros.

Padre/Guardian #1: _____

Relación al niño: _____ viviendo con niño no está viviendo con el niño

Dirección (si es diferente del hijo/a): _____

Número de teléfono: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Empleador: _____ E-mail: _____

Padre/Guardian #2: _____

Relación al niño: _____ viviendo con niño no está viviendo con el niño

Dirección (si es diferente del hijo/a): _____

Número de teléfono: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Empleador: _____ E-mail: _____

Si, no podemos comunicar con las personas arriba, por favor enliste a dos mas contactos de emergencia.

#1 Nombre: _____ Teléfonos: _____

Relación al niño: _____

Casa: _____

Celular: _____

Trabajo: _____

#2 Nombre: _____ Teléfonos: _____

Relación al niño: _____

Casa: _____

Celular: _____

Trabajo: _____

Información de Seguro Medico

KCHIP? ID # o Seguro Social del niño #: _____
Nombre de la compañía: _____ Número de teléfono: _____
ID o número del seguro: _____

Si la seguridad es a través de un padre, por favor enliste el nombre: _____

Fecha de nacimiento del padre: ____ - ____ - ____ Seguro social del padre: _____

En caso de emergencia doy permiso a Amachi, Urban Impact y/o al personal de RTS o al mentor para llevar mi hijo a la sala de emergencia o llamar a 911. Doy permiso a estos individuos a tomar los pasos necesarios en caso de emergencia. Estoy de acuerdo y tomo toda responsabilidad y cualquier costo que está incluido en este momento.

Firma del padre/guardián

Fecha

Por favor lee: Es la responsabilidad del padre/guardián a notificar a Amachi Central KY/Urban Impact o RTS de inmediatamente, en escrito, si cualquier información en este papel cambia.

Información Medica General

¿Tu hijo tiene alguna de las siguientes condiciones? Por favor describe abajo, incluyendo síntomas o alergias.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Las picaduras de abejas<input type="radio"/> químicos<input type="radio"/> ambiental<input type="radio"/> Comida (describe) _____<input type="radio"/> Medicamentos | <input type="checkbox"/> Autismo/Asperger's |
| <input type="checkbox"/> Condición del corazón | <input type="checkbox"/> Infecciones de oídos |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Problemas emocionales <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> ADD<input type="radio"/> ADHD<input type="radio"/> ODD<input type="radio"/> OCD<input type="radio"/> Cambios de humor<input type="radio"/> Frustración o problemas de enojo | <input type="checkbox"/> Discapacidades físicas |
| <input type="checkbox"/> Otro: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Por favor explique _____ | <input type="checkbox"/> Dificultades/discapacidades de visión/oír |
| | <input type="checkbox"/> Asma |
| | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| | <input type="checkbox"/> Problemas del hueso |
| | <input type="checkbox"/> Convulsiones |

Información medico general continuado

¿Tu hijo toma medicamento regularmente?

- No
- Si- enliste aquí:
 - o Medicamento: _____ para: _____
 - Dosis: _____
 - o Medicamento: _____ para: _____
 - Dosis: _____
 - o Medicamento: _____ para: _____
 - Dosis: _____

¿Hay cualquiera otra información sobre la salud de tu hijo que piensas que nuestro personal o mentores deben de saber?

- No
 - Si: _____
- _____
- _____
- _____

Doy permiso que mi hijo _____ participe en Amachi, UI o RTS. Entiendo que Amachi, UI y RTS no tienen obligación de emparejar a mi hijo(a) con un voluntario o a ponerle en un programa de mentores, y como parte de mi aplicación me preguntaran para más información personal. Si mi hijo(a) esta emparejado con un mentor o con alguien que le ayudara a leer o enlistado en la academia después de la escuela, yo estoy de acuerdo a apoyar a mi hijo con su mentor y su participación y debo reportar preocupaciones que tengo al personal de Amachi, UI o RTS.

Firma

Fecha

Autorización para divulgar información

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Por favor cheque las siguientes áreas en cual estas de acuerdo de divulgar información:

Acceso Medico

Autorizo que Amachi Centraly KY, Urban Impact y RTS y _____ pueden cambiar información sobre: (nombre de agencia o nombre del médico/trabajadora social) Diagnosis, evaluaciones, medicamentos, notas de progreso, y más para asistir en evaluación y para emparejar con un mentor

Comunicado de prensa

Entiendo que Amachi Central KY pueda usar la información sobre las parejas para el conocimiento público sobre el programa del mentor. He estado informado y permitir el uso de esta información. Propósito del comunicado: aumentar conocimiento a través de las fotos, hoja informativa de la agencia, segmentos en televisión, la radio, la revista, etc...

Comunicado de información a mentores en potencial

Por la presente autorizo que Amachi Central Ky y mentores en potencia cambien la siguiente información: Información general de la familia y la historia, intereses; información escolástica, historia médica y de la salud mental; etc... (y otra información que pertenece a emparejar a mi hijo con un mentor).

Comunicado de la escuela

Autorizo que el mentor de mi hijo(a) pueda visitarles a las escuelas públicos de Fayette (si es otro distrito por favor especifique _____) y comer almuerzo con ellos por regular. Daré por escrito una carta a la escuela que doy mi permiso para que el mentor visite durante las horas aprobadas por la escuela.

Autorizo a Amachi Central KY, Urban Impact, y RTS y _____ (escuela identificada) a intercambiar información general e información escolástica para asistir en la evaluación y proceso de emparejar y también para servicios continuadas de Amachi Central KY, Urban Impact y RTS.

El negante: Entiendo que este consentimiento expire en 90 días después de la fecha de cerrada con Amachi Central KY, Urban Impact o RTS, a menos que una fecha mas antes esta especificada. Entiendo que este consentimiento puede ser revocada por escrito por mi en cualquier tiempo.

Mi firma indique que entiendo exactamente lo que esta siendo divulgada y significa que entiendo el lenguaje de este papel. Entiendo que esta información será mantenida en confianza y será utilizado para el mejor interés de mi hijo(a).

Firma del guardián: _____

Fecha: _____

Relación al niño: _____

PERMISO DEL PADRE/GUARDIAN Y CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACION ESTUDIANTIL

Yo, _____, soy el guardián para _____ . Doy mi permiso para que mi hijo(a) participe en los programas conducido por Lexington Leadership Foundation, incluyendo a Amachi y Urban Impact. Yo entiendo que Lexington Leadership Foundation no está obligado a emparejar a mi hijo(a) con un voluntario o ponerlo en un programa de mentores y como parte del proceso de inscripción, me preguntaran para más información personal. Si mi hijo(a) esta emparejado con un mentor y/o un leedor o programa después de la escuela, yo estoy de acuerdo de apoyar a mi hijo y su mentor y su participación. También reportaré cualquier preocupación que tengo inmediatamente al personal de Amachi o Urban Impact.

Yo entiendo, aunque mi hijo(a) estará supervisado por el personal y voluntarios aprobados yo tomo el riesgo por la participación de mi estudiante en el programa. Participación en cualquier actividad específica siempre es voluntario por parte del estudiante.

Reconozco que no mando a Lexington Leadership Foundation como responsable en caso de accidente, lesión, perdida de propiedad o cualquier otra circunstancia o incidente que ocurre durante o a causa de participación en este programa. Este consentimiento incluye accidente, lesión, perdida o daño al estudiante y a otros individuos o propiedad, que resulte de participación del estudiante. Por este medio libero y acepto mantener inofensivo a Lexington Leadership Foundation, su oficios, agente y empleados de cualquier clamo que puede suceder de la participación de mi estudiante. He leído y entiendo y acepto las palabras escritos arriba y acepto en responsabilidad total como ha descrito.

Firma del padre/guardián

Fecha:

Firma del padre/guardián

Fecha: