**El Centro Ricketts**

**Un programa de Boyertown Area Multi-Service**

**Solicitud juvenil**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del niño: | Fecha de nacimiento:edad: |
| Dirección: | Ciudad, Estado, Zip: |
| Teléfono:  | Correo electrónico: |

**Carrera:** Negro/African\_\_\_\_\_\_Blanco/Caucasian\_\_\_\_\_\_ Hispanic\_\_\_\_\_\_ Asian\_\_\_\_\_\_ Race\_\_\_\_\_\_ mixto\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información para padres/tutores/legalmente responsables del niño**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del padre/tutor: | Nombre del padre/tutor: |
| Dirección: | Dirección: |
| Ciudad, Estado, Zip: | Ciudad, Estado, Zip: |
| Teléfono: | Teléfono: |
| Correo electrónico: | Correo electrónico: |

**Persona de contacto de emergencia: Por favor enumere al menos una persona que podría asumir la responsabilidad de su hijo si no se pudo llegar a usted.**

|  |  |
| --- | --- |
| nombre: | nombre: |
| relación: | relación: |
| Dirección: | Dirección: |
| Ciudad, Estado, Zip: | Ciudad, Estado, Zip: |
| Teléfono: | Teléfono: |
| Correo electrónico: | Correo electrónico: |

**Por favor enumere cualquier inquietud médica/alergia:\_\_\_\_\_\_\_**

**Por favor enumere todos los medicamentos que toma su hijo: \_\_\_\_\_\_\_\_**

**Proporcione información de seguro médico:**

|  |  |
| --- | --- |
| proveedor: | ID de miembro: |
| Nombre del miembro: | Teléfono: |

Por la presente concedo permiso para que el personal de la instalación se ponga en contacto con el siguiente personal médico y obtenga atención médica de emergencia si se justifica.

Doctor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A mi hijo se le permite ser recogido en el Centro Ricketts por las siguientes personas:**

|  |  |
| --- | --- |
| nombre: | Teléfono: |
| nombre: | Teléfono: |

**Información del hogar:**

**Agradecemos sus esfuerzos para completar la siguiente información. Toda la información del hogar es estrictamente con fines de presentación de informes y se mantiene en la más estricta confianza.**

**Por favor, circule a cualquiera de los adultos que residen en el hogar de este miembro:**

**Madre padre padrastro padrastro abuelo(s) padres adoptivos(s)**

**¿Cuántas personas viven en este hogar? \_\_\_\_ ¿Cuántos tienen 65 años o más? \_\_\_\_ ¿Cuántos tienen 18 años o menos? \_\_\_**

**¿Este miembro califica para el almuerzo gratis o reducido? (Por favor, circule) REDUCCIÓN GRATUITA**

**¿Cuál es el ingreso bruto anual para este hogar? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Algún miembro del hogar pertenece a las fuerzas armadas? SÍ NO Si es así, ¿qué rama? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Hay algún miembro del hogar físicamente discapacitado? SÍ NO**

**La cabeza del hogar es: MUJER MASCULINA AMBOS Es el jefe de familia un padre soltero? SÍ NO**

**¿Hay una orden de restricción contra cualquier persona que impida el contacto con este miembro? SÍ NO**

**NOTA: DEBE PROPORCIONAR DOCUMENTACIÓN LEGAL SI ELIGE 'SÍ'**

**En caso afirmativo, ¿cuál es su nombre y relación con el miembro?\_\_\_\_\_\_**

**A mi hijo se le permite caminar a casa solo desde el Centro Ricketts: SÍ NO**

**Concedo permiso para que The Ricketts Center tome y use fotografías y cintas de video del solicitante según sea necesario para la documentación del programa y las relaciones públicas:**

**(Por favor, firme) \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**