



DIA DE REGISTRO PARA TODOS LOS PADRES/GUARDIANES:

Miércoles, 22 de Mayo 2024

Padres que no entreguen los documentos requeridos no se les va a aceptar la aplicación.

Información para el Dia de la Registración

**Lugar: SLAM Miami
542 N.W. 12 Ave,
Miami, FL 33136
Cafetería de Slam 2**

Dia: Miercoles, 22 de Mayo 2024

Hora: 4:00 – 6:00pm

¡ESTRICTAMENTE OBLIGATORIO! ¡SIN EXCEPCIONES!

Entrega de los Documentos Requeridos

- Aplicación completada
- Documento de Contacto de Emergencia
- Kiwanis Liability Waiver
- Documento de Impuesto Anual 2023
- Partida de Nacimiento del niño/niña
- “Intake Form” + documentos suplementarios *

Si los documentos relacionados no son entregados el niño/a no será permitido en el Campamento.

Oficina Kiwanis of Little Havana
1400 S.W. 1st Street Miami, 33135, 10AM – 4PM.



Kiwanis of Little Havana Foundation
 Healthy Kids Summer Camp
De 7 a 13 años
Junio 10 a Agosto 2, 2024
 542 NW 12th Ave, Miami, FL 33136



en
SPAN!

Iniciales del Miembro: _____

Nombre del Padre: _____

Nombre de la Madre: _____

Dirección: _____

Código Postal: _____

Teléfono: _____ Teléfono del Empleo: _____

Correo Electrónico: _____

La Familia estará de vacaciones por estos días: _____

Ingreso Anual de la Familia: \$ _____

1. Nombre del Niño/Niña: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela: _____

Historial Médico: _____

El niño/niña asistirá a la Escuela de Verano? SI ____ NO ____

Favor de marcar la talla de camisa del niño(a):

Talla de niño: S M L

Talla de adulto: S M L

¿El niño(a) ha asistido a este campamento anteriormente? ____SI ____NO

Cuantas veces _____



2. Nombre del Niño/Niña: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela: _____

Historial Médico: _____

El niño/niña asistirá a la Escuela de Verano? SI ____ NO ____

Favor de marcar la talla de camisa del niño(a):

Talla de niño: S M L

Talla de adulto: S M L



¿El niño(a) ha asistido a este campamento anteriormente? ___SI ___NO

Cuantas veces_____

3. Nombre del Niño/Niña: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela: _____

Historial Médico: _____

El niño/niña asistirá a la Escuela de Verano? SI ___ NO ___

Favor de marcar la talla de camisa del niño(a):

Talla de niño: S M L

Talla de adulto: S M L

¿El niño(a) ha asistido a este campamento anteriormente? ___SI ___NO

Cuantas veces_____



4. Nombre del Niño/Niña: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela: _____

Historial Médico: _____

El niño/niña asistirá a la Escuela de Verano? SI ___ NO ___

Favor de marcar la talla de camisa del niño(a):

Talla de niño: S M L

Talla de adulto: S M L

¿El niño(a) ha asistido a este campamento anteriormente? ___SI ___NO

Cuantas veces_____



Nosotros, _____, _____ certificamos que somos los padres/guardianes de los niños/niñas identificados en esta solicitud, y autorizamos a que nuestro niños(as) participen en el campamento de verano de la Fundación de los Kiwanis de la Pequeña Habana y exoneramos a la Fundación de los Kiwanis de la Pequeña, o a cualquier individuo o entidad asociado al campamento de verano, de cualquier responsabilidad o culpa, en caso de cualquier enfermedad, lesión, daño o accidente que pueda sufrir mis niños(as) durante la participación en este programa. Los directores del campamento se reservan el derecho de suspender o cancelar a cualquier niño por cualquier razón.

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Firma de la Madre/Guardiana



**KIWANIS OF LITTLE HAVANA FOUNDATION
HEALTHY KIDS SUMMER CAMP 2024**

EMERGENCY CONTACT FORM

PARENT/GUARDIAN NAME: _____

ADDRESS: _____ ZIP CODE: _____

CELL PHONE: _____ WORK #: _____

EMAIL: _____

1. NAME OF CAMPER: _____

MEDICAL PROBLEMS: _____

DOCTOR'S NAME: _____ TELEPHONE: _____

2. NAME OF CAMPER: _____

MEDICAL PROBLEMS: _____

DOCTOR'S NAME: _____ TELEPHONE: _____

3. NAME OF CAMPER: _____

MEDICAL PROBLEMS: _____

DOCTOR'S NAME: _____ TELEPHONE: _____

4. NAME OF CAMPER: _____

MEDICAL PROBLEMS: _____

DOCTOR'S NAME: _____ TELEPHONE: _____

**IN CASE OF EMERGENCY CONTACT THE FOLLOWING
AUTHORIZED PERSONS**

NAME: _____ PHONE: _____

NAME: _____ PHONE: _____

NAME: _____ PHONE: _____

Parent/Guardian Signature

Print Full Name

Date



KIWANIS OF LITTLE HAVANA FOUNDATION
HEALTHY KIDS SUMMER CAMP 2022
SLAM Miami Charter – 542 NW 12th Ave
Junio 10 – Agosto 2, 2024
8:00 AM – 4:00 PM
INFORMACION DEL CAMPAMENTO DE VERANO
REGLAS Y REGULACIONES
(Favor de leer las reglas frecuentemente)

1. Entrada Y Salida: Solo las personas autorizadas en la planilla de Emergencia pueden entregar y recoger al niño(a). Escriba los nombres de las personas autorizadas a recoger al niño(a) en el campamento en la planilla de emergencia.
- **USTED TIENE LA OBLIGACION DE FIRMAR LA ENTRADA Y LA SALIDA DEL NIÑO(a)** diariamente o se asume que el niño(a) está ausente. La recogida a las 4 pm se aplica estrictamente. Después de las 4 pm, se cobrará \$ 5 por cada 30 minutos que un niño no haya sido recogido.
2. Paseos Y Excursiones: Durante la temporada del campamento los niños participarán en Paseos a diferentes sitios. Entregue la planilla de autorización firmada o el niño(a) no podrá asistir al paseo. Si Ud. no desea que su niño(a) participe en las excursiones no lo envíe al campamento ese día porque no habrá supervisión en *Slam* esos días.
3. **No Electrónicos Permitidos:** Marque todas las pertenencias de su niño(a) con su nombre. LOS ORGANIZADORES DEL CAMPAMENTO NI LOS COUNSELORS SE HARAN RESPONSABLES POR LOS ARTICULOS PERDIDOS.
4. Uniformes: Los niños deben usar el uniforme del campamento a diario; de otra forma no serán admitidos. Los shorts deben de tener un largo adecuado – **NO SE ADMITIRAN LOS PANTALONES QUE MUESTREN LA ROPA INTERIOR.** No se admitirán con zapatos abiertos (chancletas o sandalias).
5. Disciplina: El niño tiene que comportarse bien y ser respetuoso. Debe obedecer las reglas del campamento. Los directores del campamento se reservan el derecho de suspender o expulsar a cualquier niño por razones de disciplina.
6. Asistencia: Los niños deben asistir al campamento diariamente. Si faltan con frecuencia serán expulsados. Hay una lista de espera de niños con necesidad de asistir al campamento, a los que se les dará la oportunidad, si su niño(a) falta con frecuencia. Las vacaciones programadas se deben de comunicar al consejero del niño(a) con anterioridad.
7. Horas de Operación: El campamento solo operara estrictamente desde las 8a.m. hasta las 4 p.m.



WAIVER AND RELEASE LIABILITY
KIWANIS OF LITTLE HAVANA HEALTHY
KIDS SUMMERCAMP
WAIVER AND RELEASE OF LIABILITY



Custodial Parent/Guardian: _____ Home Phone: _____

Home Address: _____

City/State/Postal Code: _____

1. Camper Name: _____ Birthdate: _____ Age at Camp: _____

2. Camper Name: _____ Birthdate: _____ Age at Camp: _____

3. Camper Name: _____ Birthdate: _____ Age at Camp: _____

4. Camper Name: _____ Birthdate: _____ Age at Camp: _____

This Waiver and Release of Liability; Indemnification and Hold Harmless Agreement (the "Agreement") contains important information and provides for the release of significant legal rights related to participation by the Camper/Participant identified above in the KIWANIS OF LITTLE HAVANA FOUNDATION HEALTHY KIDS SUMMER CAMP ("Summer Camp") operated by KIWANIS OF LITTLE HAVANA FOUNDATION in Miami, Florida. The term "Camper" or "Participant" refers to the participant in Summer Camp activities and includes children in participating in the Summer Camp Program. By executing this document the undersigned (i) agree to Camper's participation in the Summer Camp; (ii) acknowledge that Summer Camp involves a risk of injury or death to Camper; and (iii) agree to the limited release and indemnification provisions, all as more fully set forth below. The undersigned agree to all of this in exchange for KIWANIS OF LITTLE HAVANA FOUNDATION'S agreement to allow Camper to participate at no cost in the Summer Camp. This Agreement binds all parties who have executed this agreement, including the Camper/Participant, as well as Camper's Parent(s) and/or Legal Guardian(s).

PLEASE REVIEW THE PROVISIONS BELOW CAREFULLY AS THEY INCLUDE IMPORTANT DETAILED INFORMATION REGARDING THE PROVISIONS OF THIS DOCUMENT. (Write your initial on the line next to each point to indicate your understanding.)

- 1) Acknowledgement of Risk. Camper, Parent(s) and/or Legal Guardian(s) acknowledge and fully understand that there are inherent risks of serious injury or death associated with Summer Camp activities. Camper, Parent(s) and/or legal Guardian(s) further acknowledge that there may be other sources of risks at the Summer Camp which may include activities conducted away from the Summer Camp location ("Off-site Activities"). These may include trips to museums, amusement parks and other similar activities. The KIWANIS OF LITTLE HAVANA FOUNDATION may arrange for bus, van or private car

transportation to facilitate such activities and I authorize Camper's participation in such off-site activities, including transportation to and from such activities by whatever means are deemed reasonable and appropriate by the KIWANIS OF LITTLE HAVANA FOUNDATION.

- _____
- 2) **Camper Waiver of Rights and Release of Liability.** Camper, Parent(s) and/or Legal Guardian(s) hereby release, waive and discharge the KIWANIS OF LITTLE HAVANA FOUNDATION, its agents, employees, and volunteers from all loss damage, injury, or liability arising in connection the Summer Camp including all Summer Camp activities, use of Summer Camp facilities and equipment. This waiver extends to, but is not limited to those risks described in paragraph #1 above.
- _____
- 3) **Indemnification and Hold Harmless.** Camper, Parent(s) and/or Legal Guardian(s) further agree to indemnify and hold harmless the KIWANIS OF LITTLE HAVANA FOUNDATION, its agents, employees and volunteers, from and against all losses, damages, monetary awards and expenses, including all costs and attorney's fees incurred by the indemnified parties in connection with any and all claims asserted against the KIWANIS OF LITTLE HAVANA FOUNDATION, its agents, employees or volunteers, brought by Camper, Parent(s) and/or Legal Guardian(s), and their respective heirs successors, assigns and legal representatives for any injury, illness, disease death, or damage to or loss of property, arising in connection with Summer Camp.
- _____
- 4) **Photographs and Audio/Digital Recordings.** Camper, Parent(s) and/or Legal Guardian(s) further grant to the KIWANIS OF LITTLE HAVANA FOUNDATION & KIWANIS CLUB OF LITTLE HAVANA the right to take photographs and audio/digital recordings of him or her while participating in any activities during the Summer Camp and authorizes the KIWANIS CLUB OF LITTLE HAVANA & KIWANIS OF LITTLE HAVANA FOUNDATION, its agents, employees and volunteers, to copyright, use and publish the photographs in print or electronically. The undersigned further agree that the KIWANIS CLUB OF LITTLE HAVANA & KIWANIS OF LITTLE HAVANA FOUNDATION may use such photographs for any lawful purpose including publicity, illustration, advertising, and website content and waive any right of compensation or ownership thereto. Your child's name or any other personal information will not be disclosed with the photograph.
- _____
- 5) **Miscellaneous.** The parties agree that the provisions of this Agreement shall be deemed severable and that the invalidity or unenforceability of any one or more of the provisions of clauses hereof shall not affect the validity and enforceability of the other provision or clauses hereof except as specifically set forth herein. The terms of this Agreement constitute the entire agreement and

I CERTIFY THAT I HAVE READ THIS AGREEMENT AND THAT I UNDERSTAND THAT I AM GIVING UP SUBSTANTIAL RIGHTS AND ASSUMING SUBSTANTIAL RESPONSIBILITIES BY SIGNING IT, AND THAT I SIGN IT FREELY AND VOLUNTARILY WITHOUT ANY INDUCEMENT.

Participants Name

Participants Signature

_____/_____/2024
Date Signed

**FOR PARTICIPANTS OF MINORITY AGE
(UNDER AGE 18 AT THE TIME OF PARTICIPATION)**

This is to certify that I, as parent/guardian with legal responsibility for this participant, do consent and agree to his/her release as provided above of all the KIWANIS CLUB OF LITTLE HAVANA & KIWANIS OF LITTLE HAVANA FOUNDATION, and for myself, my heirs, assigns, and next of kin, I release and agree to indemnify and holds harmless the KIWANIS CLUB OF LITTLE HAVANA & KIWANIS OF LITTLE HAVANA FOUNDATION, from any and all liabilities incident to my minor child's involvement or participation in these events and activities associated with the KIWANIS CLUB OF LITTLE HAVANA & KIWANIS OF LITTLE HAVANA FOUNDATION HEALTH KIDS SUMMER CAMP.

Name of Parent/Guardian

Parent/Guardian Signature

_____/_____/2024
Date Signed

Emergency Phone Number: _____



Kiwanis of Little Havana Foundation

General Program Eligibility Intake Form

INSTRUCCIONES

Para calificar para los programas / proyectos de KLHF, debe proporcionar información actualizada sobre sus ingresos, activos, deducciones y circunstancias familiares. Lea **atentamente** y complete el paquete adjunto de acuerdo con las siguientes instrucciones:

1. Complete la Solicitud de Elegibilidad Inicial adjunta
 1. Lea cada pregunta cuidadosamente y proporcione una respuesta o la información solicitada.
 2. Proporcione su composición familiar y responda **Sí** o **No** a cada pregunta.
 3. Lea atentamente las instrucciones después de responder **Sí** a cualquier pregunta. Las instrucciones se pueden encontrar encima o debajo de la pregunta.
2. Usted y todos los miembros del hogar mayores de 18 años **deben firmar** los siguientes documentos:
 1. Página 4, Declaración de certificación, autorización de divulgación de información y consentimiento general
3. Reúna los siguientes documentos y preséntelos a la Oficina de KLHF.
IMPORTANTE: Todos los documentos deben ser auténticos, legibles y actuales.
 1. Verificación de números de Seguro Social para todos los miembros del hogar.
 2. Certificados de nacimiento para todos los miembros del hogar que reciben asistencia.
 3. Identificación con foto para adulto etiquetado como cabeza de familia.
 4. Formulario de Declaración de Ciudadanía (prueba de estatus migratorio elegible para no ciudadanos elegibles)
 5. Últimas declaraciones de impuestos y/o dos (2) talones de cheques de pago actuales y consecutivos para todos los miembros adultos que están empleados.
 6. Estado actual de todas las fuentes de ingresos, incluidos, entre otros:
 1. SSI, Seguridad Social,
 2. Asistencia de TANF, (cupones de alimentos, asistencia en efectivo, etc.)
 3. desempleo
4. Entregue el paquete de elegibilidad en la oficina KLHF.
5. Un miembro del personal o voluntario de KLHF revisará su paquete y documentación en el registro. Si se solicita información adicional, proporcione con prontitud para evitar retrasos en el procesamiento. Una vez que se haya determinado que es elegible para el programa, recibirá una carta de aceptación por correo electrónico.
6. La información recopilada por este formulario de admisión es necesaria para que Kiwanis of Little Havana Foundation adquiera fondos de diversas fuentes.



Fecha: _____

Nombre de cabeza de la familia : _____

Dirección postal:Apt:City: _____ State _____ : _____ Zip _____

Teléfono celular: _____ Teléfono residencial _____ Correo electrónico: _____

Preferencia de idioma (puede seleccionar uno): [] Inglés [] Español Otro: _____

1. **COMPOSICIÓN FAMILIAR:** Enumere primero al cabeza de familia seguido de los nombres de TODAS las personas que vivirán o se espera que vivan en la unidad durante los próximos 12 meses cuando esto será su residencia principal.
- Nota 1:** Para "Relación", indique si usted es el cónyuge de la cabeza de familia, pareja doméstica, codirector, hijo, hija, niño adoptivo / adulto, vive en asistente u otro adulto.
- Nota 2:** Use una de las siguientes opciones para designar su "raza": negro/afroamericano, indio americano/nativo de Alaska, asiático, nativo hawaiano/otro isleño del Pacífico o blanco.
- Nota 3:** Use uno de los siguientes para designar su nivel de educación: Grado avanzado (maestría / licenciatura), título asociado / escuela vocacional, graduado de la escuela secundaria / GED, 8° grado o menos, estudiante actual (indique el nivel de grado).
- Nota 4:** Use uno de los siguientes para designar su estado legal: ciudadano estadounidense, residente permanente legal, asilo de extranjero pendiente, refugiado extranjero, extranjero con parole, extranjero con retención de deportación , visa de turista extranjero, extranjero sin estatus.

1. Cabeza de familia

Apellido		Nombre		MI	Fecha de nacimiento	Sexo (H/M)	Relación
							Propio
Discapacidad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudadano estadounidense Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante de tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Raza	Hispano/Latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número de Seguro Social	Número de registro de extranjero	
Educación		Nacionalidad		Estatus legal			

2. Miembro del hogar

Apellido		Nombre		MI	Fecha de nacimiento	Sexo (H/M)	Relación
							Propio
Discapacidad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudadano estadounidense Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante de tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Raza	Hispano/Latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número de Seguro Social	Número de registro de extranjero	
Educación		Nacionalidad					

3. Miembro del hogar

Apellido		Nombre		MI	Fecha de nacimiento	Sexo (H/M)	Relación
							Propio
Discapacidad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudadano estadounidense Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante de tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Raza	Hispano/Latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número de Seguro Social	Número de registro de extranjero	
Educación		Nacionalidad					

4. Miembro del hogar

Apellido		Nombre		MI	Fecha de nacimiento	Sexo (H/M)	Relación
							Propio
Discapacidad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudadano estadounidense Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante de tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Raza	Hispano/Latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número de Seguro Social	Número de registro de extranjero	
Educación		Nacionalidad					



5. Miembro del hogar							
Apellido		Nombre		MI	Fecha de nacimiento	Sexo (H/M)	Relación
							Propio
Discapacidad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciudadano estadounidense Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante de tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Raza	Hispano/Latino Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número de Seguro Social	Número de registro de extranjero	
Educación				Nacionalidad			

1. INFORMACIÓN DE INGRESOS:

Los ingresos del trabajo incluyen empleo y salarios de cualquier tipo (tiempo completo, tiempo parcial, estacional, trabajo por cuenta propia, empleo temporal o pagos en efectivo). Si trabaja en una agencia temporal, enumere a continuación y calcule su salario.

1. ¿Algún miembro del hogar recibe ingresos del trabajo? Sí No

Si eligió Sí, complete la sección de ingresos a continuación para cada miembro del hogar que recibe ingresos del trabajo.

VERIFICACIÓN: Proporcione dos (2) recibos de pago actuales y consecutivos, una copia empresa / resumen de payroll o una carta del empleador (con membrete) con fecha de 60 días; para trabajadores por cuenta propia, proporcione una copia de su declaración de impuestos más reciente (1040, 1040A) o una declaración de pérdidas y ganancias con fecha dentro de los 60 días.

Nombre del miembro del hogar	Nombre y dirección completa de la fuente de ingresos	Número de teléfono / Número de fax	Tasa de pago	Frecuencia*

1. Otra información sobre ingresos

Debe informar todas las fuentes de ingresos no ganados. ¿Algún miembro del hogar tiene ingresos (como los que se enumeran a continuación)? En caso afirmativo, marque la(s) casilla(s) apropiada(s):

- Seguro Social, Seguro Social Suplementario, anualidades, pagos de jubilación, pensiones o beneficios de veteranos / discapacidad / muerte
- Compensación por desempleo e invalidez, compensación laboral y / o indemnización por despido
- Contribuciones regulares o donaciones recibidas de organizaciones o personas que no residen en la vivienda
- Pago de las Fuerzas Armadas
- Asistencia financiera para estudiantes que es más que matrícula, sin incluir ningún tipo de préstamo
- TANF – Asistencia en efectivo y/o asistencia alimentaria (marque uno o ambos)
- Pagos de pensión alimenticia y / o manutención infantil – Número de expediente para casos de manutención infantil: ___
- Ingresos por alquiler de viviendas o bienes inmuebles propios

En caso afirmativo, indique el tipo, la fuente y la cantidad de ingresos para cada miembro del hogar en los espacios a continuación y presente declaraciones con fecha de los últimos 60 días para cada fuente de renta:



Nombre del miembro del hogar	Nombre y dirección completa de la fuente de ingresos	Número de teléfono / Número de fax	Tasa de pago	Frecuencia*

* Tipos de frecuencia:

Por hora, semanal, quincenal (cada 2 semanas), semestral (fechas de pago fijas como: 1ª y 15ª o 5ª y 20ª), mensual o anual

1. DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO GENERAL

Certifico y doy mi consentimiento a lo siguiente:

1. La información proporcionada a Kiwanis of Little Havana Foundation con respecto a la composición del hogar, los ingresos y el estado migratorio es precisa y completa a mi leal saber y entender.
2. Entiendo que esta información será utilizada por a Kiwanis of Little Havana Foundation para verificar mi elegibilidad inicial o continua y el nivel de beneficios.
3. Entiendo que esta información está protegida por la ley y no puede ser divulgada / solicitada sin mi consentimiento por escrito a menos que la ley disponga lo contrario. Además, entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí, por escrito en cualquier momento, excepto si la información ya ha sido divulgada u obtenida.
4. Por la presente autorizo y divulgo mi información para ser utilizada / divulgada por a Kiwanis of Little Havana Foundation con el propósito de adquirir fondos de diversas fuentes.

Nombre la cabeza de familia:

Firma:

Fecha:

Nombre del cónyuge/ codirector

Firma

Fecha

Nombre de otro miembro adulto del hogar

Firma

Fecha

Nombre de otro miembro adulto del hogar

Firma

Fecha

Nombre de otro miembro adulto del hogar

Firma

Fecha

Nombre de otro miembro adulto del hogar

Firma

Fecha