



**BOYS & GIRLS CLUBS  
OF LANIER**

**Registracion del Programa despues de la Escuela Año Escolar 2018-19**

**Lista de Registro**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_

*para ser  
completado  
por el  
personal del*

**Documentación Requerida**

- 1) Solicitud de Membresia 2018-2019 Completa
- 2) Proporcione uno de los siguientes comprobantes de servicios, si corresponde:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>TANF</b>	Presentar la carta de adjudicación más reciente o imprimir prueba de estos servicios en <a href="https://gateway.ga.gov">https://gateway.ga.gov</a>
<b>SNAP, formerly known as Food Stamps</b>	Envíe la carta de adjudicación más reciente o imprima una prueba de estos servicios en <a href="https://gateway.ga.gov">https://gateway.ga.gov</a>
<b>Medicaid or SSI - Amerigroup, CareSource, Peach State, or WellCare</b>	Presente una copia de la tarjeta del niño y la carta de adjudicación más reciente, o imprima el proff de estos servicios en <a href="https://gateway.ga.gov">https://gateway.ga.gov</a>
<b>Almuerzo Gratis o Reducido - Nota: Esto no es aplicable si a toda la población escolar se le otorga almuerzo gratis en elegibilidad universal (es decir, GCSS)</b>	Envíe la carta de adjudicación más reciente del distrito escolar.

- 3) Talones de cheques de las últimas 4 semanas de ingresos. Esto se debe presentar para cada persona que contribuya a los ingresos de su hogar. Se requiere comprobante de ingresos para todos los miembros.
- 4 Copia del Certificado de nacimiento
- 5 Copia de la tarjeta de seguro social
- 6 Copia de una identificación del Padre/Madre/Guardian

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Pago Requerido**

- 1 Cuota anual de membresía de \$ 40 o cupón de membresía (Amerigroup, WellCare, CareSource, Peach Care State)
- 2 Tarifa semanal de \$ 25, solo en los sitios de extensión.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nota: BGCL no acepta cheques personales ni efectivo. Giro postal, o retiro automático para pagos recurrentes, solamente.

Nombre del Padre (Impreso) \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Fecha \_\_\_\_\_

**A los niños no se les permitirá registrarse sin todos los artículos requeridos y el pago en el archivo.**

## Solicitud de Membresía 2018-2019

### BGCL no aceptará solicitudes incompletas

Afterschool Program  Summer  Site Name: \_\_\_\_\_

Hacido su niño/a miembro de alguno otro club? Sí hacido miembro, nombre del club: \_\_\_\_\_

### Información del miembro (Por favor imprimir y llenar solicitud completamente.)

Primer Nombre :		Media inicial:	Apellido:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección:			Correo electrónico para miembros:	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Código postal	Condado:	Ciudad:	Teléfono de casa:	
<input type="text"/>	Hall	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Fecha de nacimiento:	SSN del miembro (Requerido)	Celular:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Género:	Grado en la escuela:	Etnicidad:	Raza	Hacido miembro del Club por:
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Multi-Racial <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Asiatico	<input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Amarilla	<input type="checkbox"/> Menos de un 1 año <input type="checkbox"/> 1-2 años <input type="checkbox"/> 2 o mas años
Nombre de escuela:				
<input type="text"/>				

### Informacion doméstica (por favor imprima)

Es miembro de un hogar monoparental (Solo un padres):	Género del jefe de hogar:	Marque todas las que apliquen:	Ingreso Anual del Jefe de Familia
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Estampillas de Comida <input type="checkbox"/> Asistencia general <input type="checkbox"/> Programa de almuerzo escolar <input type="checkbox"/> Asuntos de veteranos <input type="checkbox"/> Ninguna de las anterior	<input type="checkbox"/> <\$15,000 <input type="checkbox"/> \$15,000-\$20,000 <input type="checkbox"/> \$20,000-\$30,000 <input type="checkbox"/> \$30,000-\$40,000 <input type="checkbox"/> \$40,000-\$50,000 <input type="checkbox"/> \$50,000-\$75,000 <input type="checkbox"/> >\$75,000
<b>Miembro vive con: (Marque uno)</b> <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tio/Tia <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Foster Parents/DFACS Otro _____			
Language primario que se hablada en la casa: <input type="text"/>		<b>Miembro recibe almuerzo: (Marque uno)</b> <input type="checkbox"/> Gratis <input type="checkbox"/> Precio Reducido <input type="checkbox"/> Ninguno	

### Preocupaciones medicas del miembro (por favor imprima)

**Si no hay alergias o problemas médicos, escriba ninguno en los cuadros siguientes)**

<b>Alergias</b> <input type="text"/> <b>Médico y número de teléfono:</b> <input type="text"/> <b>Compañía de seguros y política #:</b> <input type="text"/>	<b>Las necesidades medicas de problemas/medicina</b> <input type="text"/> <b>Número de Medicaid:</b> <input type="text"/> <b>Sabe nadar el miembro:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Por favor explique cualquier necesidad especial que al miembro se refiere:</b> <input type="text"/>	

Información de los padres (Imprima en letra de molde)

1er Padres/Gaurdian

Nombre

Apellido

Teléfono de casa

Celular

Dirección de correo electrónico

Empleador & Numero del trabajo

Ocupación:

2ndo Padre/Gaurdian

Nombre

Apellido

Teléfono de casa:

Teléfono celular

Dirección de correo electrónico:

Ocupación:

Empleador y número de trabajo:

Infomación de contacto en caso de Emergencia (Si es diferente a los de arriba) (Imprima en letra de molde)

Si es igual que los padres/guardian, escriba 'Igual que arriba'.

Nombre de la persona

Relación con el estudiante

Número de Teléfono

Información de personas **NO** autorizadas para recoger al miembro (Imprima en letra de molde)

Personas **NO** autorizadas para recoger a miembros

Nombre de la persona o personas no autorizadas para recoger a miembro:

¿ Ha incluido documentación legal?

- Si  
 No

**NOTA: USTED DEBE PROPORCIONAR DOCUMENTACIÓN LEGAL**

Información adicional de la familia (imprima en letra de molde)

Número de personas en la unidad de la familia (# en casa)

Ingreso Anual \$

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



**Formulario de autorización de evaluaciones para los miembros (Por favor marca una de las opciones con sus iniciales)**

Asunto: Para que los miembros participen en evaluaciones que incluyen pero no se limitan a: encuestas para mediciones de resultados, escuelas, datos demográficos del hogar y encuestas personalizadas creadas para programas específicos ( i.e. SMART Moves, BE GREAT: To Graduate, Passport to Manhood, NYOI, STEAM Discovery, etc.)

Por una consideración valiosa, yo, el abajo firmante, por este medio doy mi consentimiento irrevocable y doy autorización para que mi hijo participe en las evaluaciones de los miembros utilizadas por Boys & Girls Clubs of Lanier, Departamento de Servicios Humanos y sus subsidiarias, y afiliadas. Estas evaluaciones incluyen el nombre de mi hijo, la información de mi hogar, las calificaciones de mi hijo y / o la información de la encuesta para ser utilizada ÚNICAMENTE para los reportes que se realizan. .

\_\_\_ Yo, **doy** permiso que mi hijo/a para participar en las encuestas de los miembros.

\_\_\_ Yo, **NO** doy permiso para que mi hijo/a participe en las encuestas de los miembros.

**Formulario de Autorización para Publicaciones en los Medios (Por favor marca una de las opciones con sus iniciales)**

Asunto: Uso del nombre, las fotografías y la identidad en relación con la publicidad y/o promoción de la organización.

Yo con mi valiosa consideración, el abajo firmante, por la presente doy mi consentimiento irrevocable a **Boys & Girls Clubs of Lanier**, Departamento de Servicios Humanos y sus subsidiarias, afiliadas y agencias de publicidad ("compañías") a usar el nombre de mi hijo/a, fotografías, obras de arte y la identidad de mi hijo(a) en el sitio web de **BGCL** y material promocional, así como diversas misceláneas impresas y otros medios de comunicación y la información personal que suministro a las empresas, en relación con la publicidad y promoción de las empresas o sus productos en cualquier medio, forma o material seleccionado por las empresas, sin ningún derecho de antes de revisar o más aprobación, si dicha publicidad y promoción al público, el comercio, o ambos y en las versiones corporativas, boletines y otras comunicaciones de las empresas, por la presente renuncio y liberación y descarga dijo y todos los agentes, empleados y funcionarios de las empresas, incluidos sus organismos, medios de comunicación.

\_\_\_ Yo, **Doy** permiso para que mi hijo participe en las evaluaciones de los miembros.

\_\_\_ Yo, **NO DOY** permiso para que mi hijo participe en las evaluaciones de los miembros.

**Formulario de liberación de datos escolares (Iniciales necesarias)**

El **Boys & Girls Clubs of Lanier** mantendrá archivos de todos los miembros de una manera confidencial. La información pertinente (es decir, toda la información académica, información de reportes de notas o información de tutoría) puede ser compartida profesionalmente con un miembro del personal del **Boys & Girls Clubs of Lanier**, Gerente de Caso del Departamento de Servicios Humanos de Georgia (si aplica), o el sistema escolar el niño asiste (i.e. Gainesville City o Hall County Sistema Escolar). Archivos para todos los programas financiados en su totalidad o en parte por el Departamento de Servicios Humanos de Georgia están disponibles para el monitoreo y sujetos a auditoría por el Departamento de Servicios Humanos de Georgia. Comunicación de la información de los miembros a otras personas u otras agencias de las que están mencionadas arriba necesitarán aprobación de los padres del miembro por escrito.

\_\_\_ Yo, doy permiso a **BGCL** para recibir toda la información académica de la escuela de mi hijo/a.

\_\_\_ Yo, **NO** doy permiso a **BGCL** para recibir toda la información académica de la escuela de mi hijo/a.

Yo represento que soy el padre / guardián, que soy de más de 21 años de edad, que he leído lo anterior y entiendo completamente su contenido, que la consideración que he recibido por este acuerdo, liberación y renuncia justamente y equitativa, y por la presente doy este acuerdo, liberación y renuncia de mi propia libre elección. Este acuerdo, liberación y renuncia garantizará el beneficio de los sucesores, cesionarios, licenciatarios y representantes legales de las compañías y será vinculante para mis herederos, ejecutores, cesionarios y representantes legales.

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_

# Formas & Renuncias

Por favor lea cuidadosamente e inicie al lado. **LAS MARCAS NO SON ACEPTABLES**

<p><b>Computadoras: (se requiere sus iniciales)</b>  <u>ELIJA SÓLO UNO EN LA SECCIÓN SUPERIOR</u></p> <p>___ Mi hijo <b>PUEDE UTILIZAR</b> correo electrónico y el internet en el Club como se indican en las Reglas de Uso Adecuado. Como usuario de la red del equipo de Club, mi hijo y estoy de acuerdo cumplir con las normas establecidas y utilizar la red de una manera constructiva.</p> <p>___ Mi hijo <b>PUEDE USAR</b> el internet <b>SOLO</b> como se indica en las Reglas de Uso Adecuado. Como usuario de la red del equipo de Club, mi hijo y estoy de acuerdo cumplir con las normas establecidas y la red de una manera constructiva.</p> <hr style="border-top: 1px dashed red;"/> <p>___ Yo prefiero que mi hijo <b>NO utilice</b> correo electrónico o internet en el Club</p>	<p><b>Transporte: (se requiere sus iniciales)</b></p> <p><b>Después de la escuela de viaje: De la escuela</b>  <i>(Cuando está disponible en las rutas van espacio)</i></p> <p>___ Autorizo a servicio de la escuela de mi hijo al Club para el año escolar actual. Entiendo que <b>BGCL</b> se reserva el derecho a retirar a mi hijo desde el servicio de van o autobuses escolares.</p> <p><b>Excursiones / Eventos Especiales/ Viajes en el Verano</b></p> <p>___ Yo, autorizo a mi hijo a viajar con el <b>BGCL</b> a las excursiones o salidas <b>que he dado permiso a mi hijo/a</b> durante el año escolar y/o el programa de verano. Entiendo que el <b>BGCL</b> reserva el derecho a retirar a mi hijo desde el servicio de van o autobuses escolares.</p> <p>___ Yo, <b>NO AUTORIZO</b> a mi hijo/a para ningún viaje con <b>BGCL</b>. Seleccionando esta opción, su niño no puede participar de <b>NINGUN</b> de los viajes o paseo.</p>
<p><b>MÉDICO: (se requiere sus iniciales en ambos lugares)</b></p> <p>En caso de emergencia, el Club debe haber consentimiento escrito para buscar tratamiento médico para su hijo.</p> <p>___ Autorizo a administración de primeros auxilios básicos.</p> <p>___ Yo, <b>NO AUTORIZO</b> la administración de primeros auxilios básicos.</p> <hr style="border-top: 1px dashed red;"/> <p>___ Doy permiso de <b>BGCL</b> a buscar tratamiento médico para mi hijo. Entiendo que el tratamiento puede incluir cirugía, rayos x o transporte de emergencia en algunas circunstancias para mi hijo, y estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad de los cargos asociados con este o cualquier otro tratamiento dado a mi hijo.</p> <p>___ <b>NO Doy</b>, permiso de <b>BGCL</b> a buscar tratamiento médico para mi hijo.</p>	<p><b>Exención y acuerdo de exención de liberación de responsabilidad: (se requiere sus iniciales)</b></p> <p>___ Yo voluntariamente registro a mi hijo/a como miembro en <b>BGCL</b>. Actividades en el Club pueden incluir, pero no son limitadas a <b>BGCL NATACION, CUARTO DE PESAS Y OTROS DEPORTES/ACTIVIDADES REC</b>, que, <b>a mi criterio, puede optar por permitir que mi hijo participe en</b> Yo no hare a <b>BGCL</b> responsable de cualquier reclamo por mí o mi hijo o cualquier entidad en nombre de mí o mi hijo derivados de la participación de mi hijo en el programa. Además, declaro que tengo la edad legal, y soy legalmente competente para firmar este acuerdo, y que mi firma en este acuerdo es mi propio acto libre. También entiendo y acepto que los términos aquí establecidos son contractuales y no son mero recital o simplemente con fines de información. He leído, entendido y plenamente informada yo mismo el contenido del acuerdo. Asumo la responsabilidad por la condición física y la capacidad de realizar bajo el programa de mi hijo.</p>
<p><b>ORIENTACIÓN para padres: (iniciales necesarias)</b></p> <p>___ Entiendo que asistir a la orientación de padres es <b>OBLIGATORIO</b> y yo me comprometo a respetar y acatar las pólizas del <b>BGCL</b>, como se indica en la guía de orientación. También estoy de acuerdo en seguir examinando las pólizas del club con mi hijo, asumiendo la responsabilidad por el comportamiento adecuado durante la asistencia al <b>Boys &amp; Girls Club of Lanier</b>.</p> <p>Nota: La guía de orientación de padres y miembros está disponible para descarga en nuestro sitio Web o en la recepción de cada club.</p>	<p><b>Contacto de Emergencia diferente a los padres/guardián DEBE PROPORCIONAR AL MENOS 2 CONTACTOS DE EMERGENCIA</b></p> <p>Nombre: _____</p> <p>Relación con el estudiante: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Relación con el estudiante: _____</p> <p>Teléfono: _____</p>

**He leído y entendido todas las pólizas y procedimientos para el BGCL.**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Firma del padre/guardián: \_\_\_\_\_

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

### 1ra Meta del Programa:

Mejorar el rendimiento académico en lectura y matemáticas.

### 2da Meta del Programa:

Mejorar el comportamiento en el salón de clases.

### 3ra Meta del Programa:

Mejorar la participación de los padres en los programas educativos y de alfabetización.

### BGCL SUCCESS ACADEMY

Para ayudar a construir y desarrollar una asociación con los padres para ayudar a sus hijos a alcanzar altos estándares académicos, el Boys & Girls Clubs of Lanier:

- Proporcionara una merienda saludable después de la escuela.
- Proporcionara diariamente servicios de enriquecimiento académico a los estudiantes que asisten al programa, incluyendo tutorías certificadas y ayuda con la tarea.
- Proporcionara mayores oportunidades de aprendizaje para la preparación para la universidad y carreras.
- Monitoreara el progreso académico y reportar mensualmente a los padres (con el permiso de los padres para tener acceso a la base de datos Power School/ Infinite Campus y comunicación con los maestros del día escolar, consejeros y otro personal apropiado).
- Proporcionara transporte hacia y desde el programa después de la escuela.
- Proporcionar oportunidades de aprendizaje divertidas para los padres / tutores / familias que fomentan el compromiso con el desempeño escolar del estudiante.

### PADRES

Nosotros, como padres, apoyaremos el aprendizaje de nuestros hijos de las siguientes maneras:

- Establecer rutinas para apoyar el éxito de mi hijo en la escuela:
  - supervisar la asistencia
  - tarea y lectura
  - Nutrición
  - Uso de computadoras y medios sociales
  - Horarios apropiados
- Asegurar que mi hijo asista a la escuela regularmente y llegue a tiempo a la escuela.
- Asegúrese de que la tarea de mi hijo sea completada y regresada a la escuela a tiempo.
- Mantenerme informado sobre la educación de mi hijo y con la escuela al leer prontamente todos los avisos de la escuela o del distrito escolar recibidos a través de mi hijo o por correo y respondiendo como sea apropiado.
- Asegúrese de que su hijo (a) asista al programa Académico 21st CCLC para alcanzar el éxito académico un mínimo de 3 días a la semana.
- Participar activamente en la experiencia de aprendizaje de mi hijo durante el día escolar y después de la escuela.
- Asistir a un mínimo de 3 eventos de participación familiar llevados a cabo por el programa después de la escuela del 21st CCLC.
- Permitir que el personal de 21st CCLC y los maestros de tutoría tengan acceso y monitoreen el desempeño académico de los estudiantes usando la base de datos Power School/ Infinity Campus y la comunicación regular con los maestros del día escolar, consejeros y otro personal apropiado de la escuela.

### ESTUDIANTE

Nosotros, como estudiantes, compartiremos la responsabilidad de mejorar nuestro logro académico. Específicamente, vamos a:

- Asistir a la escuela regularmente y completar todos los deberes diarios y devolverlos a la escuela a tiempo.
- Modelo de Respeto, Control propio y Responsabilidad y el código de conducta de la escuela.
- Ser responsable de dar a los miembros de mi familia toda la información enviada a casa de la escuela y después de la escuela.
- Asista al programa del 21st CCLC regularmente (un mínimo de 3 días a la semana).
- Asumir un rol activo y responsabilidad en mi educación y preparación para la universidad / carrera a través de la participación en actividades de tutoría y enriquecimiento después de la escuela.

Nombre del Estudiante:

Firma del Padre:

Fecha:



**BOYS & GIRLS CLUBS  
OF LANIER**

## **Notice of Exemption**

I, \_\_\_\_\_, acknowledge that I have been informed that this program is not a licensed child care facility. I also understand this program is not required to be licensed by the Georgia Department of Early Care and Learning and this program is exempt from state licensure requirements.

\_\_\_\_\_  
Parent /Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

---

## **Aviso de excepción**

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco que me han informado que este programa no es un Centro de Cuidado de Niños con Licencia. También entiendo que este programa no requiere licencia del Departamento de Atención y Aprendizaje Temprano de Georgia y este programa está exento de los requisitos de licencia estatales.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha



**División de Servicios para Familias y Niños de Georgia  
Unidad de Programas Comunitarios  
Programa de cuidado después de la escuela  
Formulario de solicitud para la participación de jóvenes**

**Página 1 de 3 - Formulario de solicitud para el programa de cuidado después de la escuela de DFCS**

**The Boys & Girls Clubs of Lanier, Inc.**, junto con la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS) de Georgia, está trabajando para ofrecer un programa extracurricular valioso para los jóvenes de Georgia. La información proporcionada en este formulario va a ayudar a asegurar que los jóvenes seleccionados se beneficien con este trabajo en conjunto. **Llene este formulario en su totalidad y devuélvalo al personal identificado en el lugar del programa. Le agradecemos su cooperación.**

**El formulario tiene que ser llenado por el padre, madre, tutor o cuidador.**

**Información del joven – Esta sección tiene que ser llenada en su totalidad.**

Nombre del joven participante (apellido) \_\_\_\_\_ (nombre) \_\_\_\_\_ (inicial) \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenino

Fecha de nacimiento (MM/DD/AA): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

¿Se encuentra el joven bajo cuidado tutelar en el estado de Georgia?  Sí  No

Tenga en cuenta: Si el joven se encuentra bajo cuidado tutelar, pero no en Georgia, indique el nombre del Estado \_\_\_\_\_

**Sección 1**

- A. ¿Es el joven solicitante ciudadano de los EE. UU. o residente calificado?  Sí  No
- B. ¿Es el joven solicitante residente de Georgia?  Sí  No
- C. ¿Se identifica el joven solicitante con una (1) o más de las tres categorías enumeradas abajo? (Conteste SÍ o NO y marque todas las categorías que se apliquen al joven):  Sí  No
  - \_\_\_\_\_ El joven solicitante tiene entre 5 y 17 años de edad; **Q**
  - \_\_\_\_\_ El joven solicitante tiene 18 años de edad y actualmente está inscrito en la escuela [escuela secundaria, en un programa de GED (Diploma de Equivalencia General) o equivalente o en un instituto de educación superior] y estará inscrito Y asistirá a la escuela durante el próximo año escolar (la verificación de inscripción escolar incluye una carta de la escuela con membrete oficial): **Q**
  - \_\_\_\_\_ El joven solicitante tiene 18 o 19 años de edad y tiene un menor dependiente Y es el padre o la madre que tiene la patria potestad.

**Si una (1) o más de las respuestas a las preguntas de la Sección 1 es NO, el joven NO podrá participar en los servicios financiados por DFCS. Si la respuesta a TODAS las preguntas de la Sección 1 es SÍ, llene el resto del formulario.**

**Sección 2**

¿Recibe actualmente el joven beneficios o servicios de alguno de los programas enumerados abajo? (Tenga en cuenta: usted tendrá que proporcionar la verificación oficial al programa de cuidado después de la escuela o el programa de verano. Consulte el Apéndice C para ver las formas aceptables de verificación):

		Sí	No
A.	Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.	Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (también conocido como Cupones de Alimentos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.	Medicaid o Ingresos del Seguro Social (SSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.	Programa de comidas a precios reducidos o gratis en la escuela – <i>Tenga en cuenta: La determinación solo tomará en cuenta si el joven individual cumple con los requisitos. Esto no aplica si todos los estudiantes en la escuela reciben almuerzo gratis (universal eligibility).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.	Peachcare for Kids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si una (1) o más de las respuestas a las preguntas de la Sección 2 es SÍ, el joven cumple con los requisitos para participar en el programa, y el padre, la madre, el representante legal o el tutor pueden llenar la Sección 5. Tiene que proporcionarse la verificación para recibir los servicios marcados en la sección 2. Además, tiene que adjuntarse una copia de la verificación a este formulario. Si el programa no recibe la verificación de los documentos marcados en la sección 2, el joven no podrá participar en el programa.**

**Si la respuesta a TODAS las preguntas de la sección 2 es NO, el padre, la madre, el tutor o el cuidador TIENE que llenar la sección 3, la sección 4 y la sección 5 para determinar si se reúnen los requisitos. Tiene que proporcionarse la verificación de los documentos marcados en la sección 3 y en la sección 4. Además, tiene que adjuntarse una copia de la verificación a este formulario.**



**Sección 3**

Si contestó NO a TODAS las preguntas de la sección 2, revise esta tabla y escriba el tamaño de su familia, los ingresos anuales brutos de su familia y los ingresos mensuales brutos de su familia para determinar si reúne los requisitos.

**Ingresos familiares aceptables para el programa de cuidado después de la escuela de DFCS - Guía de ingresos aceptables**

Número de personas en la unidad familiar	Nivel federal de pobreza*	Programa de cuidado después de la escuela de DFCS Guía de los ingresos familiares anuales brutos**	Programa de cuidado después de la escuela de DFCS Guía de los ingresos familiares mensuales brutos
1	\$12,140.00	\$36,420.00	\$3,035.00
2	\$16,460.00	\$49,380.00	\$4,115.00
3	\$20,780.00	\$62,340.00	\$5,195.00
4	\$25,100.00	\$75,300.00	\$6,275.00
5	\$29,420.00	\$88,260.00	\$7,355.00
6	\$33,740.00	\$101,320.00	\$8,443.00
7	\$38,060.00	\$114,180.00	\$9,515.00
8	\$42,380.00	\$127,140.00	\$10,595.00
Por cada persona adicional agréguele	\$4,320	\$12,960	\$1,080

\* Los ingresos se basan en las normas del nivel de pobreza de 2018 de la Oficina del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) de los EE. UU. en los 48 Estados contiguos y el Distrito de Columbia. (Fuente: 83 FR, Página 2642 – 2644, Número de documento: 2018-00814

\*\* 300 % del nivel federal de pobreza. Publicadas el 18 de Enero de 2018.

Tamaño de la unidad familiar\* \_\_\_\_\_  
 Ingresos familiares anuales brutos \$ \_\_\_\_\_ Ingresos familiares mensuales brutos \$ \_\_\_\_\_

\* Consulte el Apéndice A para ver la definición de unidad familiar.

**Sección 4**

Complete la sección 4 escribiendo su nombre, el nombre del menor (los menores) que vive(n) con usted y el otro padre o madre de su(s) hijo(s) si él o ella vive con usted. Indique los ingresos brutos mensuales de cada uno.

Composición de la unidad familiar e ingresos					
<i>Los ingresos mensuales brutos son los ingresos antes de impuestos y deducciones.</i>					
Nombre (primer nombre, segundo nombre y apellido)	Parentesco	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Fuente de ingreso	Cantidad (Ingresos brutos mensuales)	¿Con qué frecuencia los recibe?
	USTED MISMO				

**Sección 25**

Revise y firme la Sección 5 como aviso y firma de verificación.

**Aviso y firma del solicitante**

Estamos pidiendo el número de Seguro Social de su hijo(a), ya que cualquier persona que solicita o recibe beneficios federales tiene que darnos su número de Seguro Social. La ley federal 409(a) (4) de la Ley del Seguro Social y los reglamentos federales (45 CFR 264.10) nos permiten obtener esta información.

Al firmar esta solicitud,

- juro, bajo pena de perjurio, que según mi leal saber y entender, toda la información y las declaraciones que he proporcionado en esta solicitud son verdaderas, y
- me comprometo a cooperar con cualquier intento para verificar la información proporcionada.
- Si soy seleccionado(a) para participar en el programa, me comprometo a cumplir con todas las normas y directrices.

**Información del padre, madre, tutor o cuidador – Esta tiene que ser llenada en su totalidad.**

Nombre del padre, madre, tutor o cuidador (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

N.º de teléfono \_\_\_\_\_ N.º del trabajo \_\_\_\_\_ N.º de celular \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre, madre, tutor o cuidador en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre, tutor o cuidador

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Tiene que ser llenado por el proveedor de servicio del programa de cuidado después de la escuela o el programa de verano financiado por DFCS**

Con mi firma abajo, certifico que la información presentada en este formulario fue revisada, verificada y confirmada\*\* y cumple con las normas y las directrices del programa de cuidado después de la escuela de DFCS que se indican en este formulario. También certifico que este formulario se mantendrá en el expediente del joven participante en un lugar confidencial.

\_\_\_\_\_  
Firma del personal del programa autorizado

\_\_\_\_\_  
Título

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*\* Consulte el Apéndice B para ver las fuentes de pruebas de verificación de ingresos

## APÉNDICES

### **\*Apéndice A: Unidad familiar**

La definición de familia que utiliza el Departamento de Servicios Humanos, programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), incluye el menor dependiente para el cual se solicita asistencia y algunas otras personas que vivan en el hogar con el menor y requieran ser incluidos como parte de la familia.

Las siguientes personas se consideran miembros de la unidad familiar:

- Un padre o madre biológico(a) o adoptivo(a) del menor dependiente para el cual se solicita asistencia;
- Un(a) hermano(a), menor de edad que reúne los requisitos, [hermano(a) de padre y madre, medio hermano(a) o adoptivo(a)] del menor dependiente para el cual se solicita asistencia;
- Otros menores que vivan en el hogar y que tengan cierto grado de parentesco con el familiar beneficiado, pero que no son miembros de la unidad familiar; y
- Un pariente que no es el padre ni la madre y es el cuidador, si ninguno de los padres vive en el hogar o si el padre o la madre viven en el hogar y reciben Ingresos del Seguro Suplementario (Supplemental Security Income, SSI).

### **\*\*Apéndice B: Fuentes de pruebas de verificación de ingresos y fuentes de ingresos aplicables**

Es necesario obtener la verificación de ingresos y adjuntar una copia al formulario de ingresos del joven participante.

#### **Ejemplos de verificación de ingresos derivados del trabajo:**

- Recibos por pago de sueldos y salarios o recibos de las ganancias de las cuatro semanas más recientes;
- Formularios W-2;
- Documentación emitida, firmada y fechada por el empleador;
- Libreta o libro de contabilidad personal (ej. trabajador por cuenta propia);
- Declaraciones trimestrales de impuestos;
- Declaraciones anuales de impuestos cuando se presentan en el trimestre enero - marzo;
- Carta o declaración del empleador
- Documentación de otro personal de DFCS como el administrador de casos (CM); o
- Formulario 809 o estado de cuenta detallado lleno por el empleador.

#### **Ejemplos de verificación de ingresos no derivados del trabajo:**

- Copia de un cheque reciente con recibos de pago (de las últimas 4 semanas);
- Cartas de determinación o declaración escrita, firmada y fechada por el pagador;
- Registros del Seguro Social;
- Registros de Compensación al trabajador;
- Formulario 139 – Declaración de Contribución;
- Registros de reclamos de seguro de desempleo
- Información de SUCCESS; o
- STARS.

*Consulte la página 2 del Apéndice B para ver las fuentes de ingresos aplicables.*

Ingresos aplicables

Cada una de estas fuentes de ingresos se considera para determinar si se reúnen los requisitos:

Derivados del trabajo

- Sueldos y salarios – Se utilizan los ingresos brutos del solicitante para determinar si califica
- Ingresos netos del trabajo por cuenta propia
- Comisión del empleado
- Servicio de jurado
- Ingresos por alquiler – (pagos regulares y continuos –si se encarga de la administración de la propiedad por un promedio de 20 horas o más por semana)
- Ingresos por inquilino – (pagos regulares y continuos)

No derivados del trabajo

- Pensiones militares
- Regalos de dinero en efectivo, donación caritativa superior a \$300 recibida de una organización que recibe fondos estatales o federales.
- Herencias
- Beneficios de seguro debido a pérdida de ingresos – beneficios pagados por una póliza de seguro debido a pérdida de ingresos
- Beneficios del Seguro Social
- Compensación de desempleo
- Compensación a los trabajadores
- Pensión alimenticia – (pagos regulares y continuos)
- Manutención infantil – (pagos regulares y continuos)
- Asistencia agrícola – los pagos recibidos de los programas patrocinados por el gobierno, tales como el Servicios de Conservación y Estabilización Agrícola
- Beneficios de Veteranos
- Ganancias de capital
- Interés/Anualidad
- Ganancias de capital/dividendos
- Pensión
- Fondo fiduciario
- Pago por discapacidad
- Ingresos por inquilino – (pagos regulares y continuos)
- Ingresos por alquiler – (pagos regulares y continuos –si se encarga de la administración de la propiedad por un promedio de 20 horas o más por semana)
- Compensación diferida a través del plan de jubilación

**\*\*Apéndice C: Verificación aceptable de beneficios o servicios**

- **Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), Medicaid, PeachCare:** Documentos oficiales que demuestren que el joven recibe beneficios en el momento de la solicitud o inscripción en el programa de cuidado después de la escuela Sistema de Elegibilidad Integrado, carta oficial de la División de Servicios para Familias y Niños de Georgia que describa los beneficios recibidos).
- **Ingresos del Seguro Suplementario (SSI):** Carta de concesión de la Administración de Seguro Social
- **Almuerzo gratis o a precio reducido:** Carta de concesión que identifique el almuerzo gratis o a precio reducido establecido con base en el cumplimiento de los requisitos individuales por la familia. Tenga en cuenta: Los programas pueden recibir una lista de estudiantes que reciben almuerzos gratis o a precio reducido siempre y cuando la lista sea de la escuela en membrete oficial y tenga la advertencia de que la determinación del cumplimiento con los requisitos para recibir almuerzos gratis o a precio reducido se basa en la solicitud individual de la familia. El almuerzo gratis universal, en la escuela, en la ciudad o en el distrito no es una manera aceptable de calificar para el Programa de cuidado después de la escuela de DFCS.

**Georgia Division of Family and Children Services  
Community Programs Unit  
Afterschool Care Program**



**NON-INCOME DECLARATION FORM**

I, Mr. /Mrs. /Ms. \_\_\_\_\_

Parent and/or guardian of \_\_\_\_\_

hereby declare that I do not have any income at this time.

**I have not received income from any of these sources:**

- Wages from employment (Ex: commissions, tips, bonuses, fees etc.)
- Income from a business I own
- Rental income from the place I live or other property I own
- Interest of dividend from assets
- Social Security payments (including SSA or SSI), annuities, insurance policies, retirement funds, pension, or death benefits
- Unemployment or disability payments
- Public Assistance payments (Ex: TANF)
- Child support, alimony or gifts received from persons not living in my household
- Any other source not named above

***I swear, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, all the information and statements I've provided in this application are true, and I promise to cooperate with any effort to verify the information provided.***

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
Date