



155 WYN Way • Boone, NC 28607  
(828) 264-5174 • Fax (828) 264-0838  
westernyouthnetwork.org

### Aplicación de Inscripción

Nombre del niño/la niña (Participante): \_\_\_\_\_  
Nombre que el participante prefiere: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Escuela Actual: \_\_\_\_\_ Año en escuela/Grado: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Elige los días en que tu niño/niña participará en el programa:

**Lunes**                      **Martes**                      **Miércoles**                      **Jueves**                      **Viernes**

**Por favor elige la tarifa apropiada**

- \_\_\_ \$7.00 por día- Tarifa Normal
- \_\_\_ \$6.00 por día – Solo para familias que tienen derecho a almuerzo reducido.
- \_\_\_ \$5.00 por día - Solo para familias que tienen derecho almuerzo gratis.

**Información de la Madre**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono (casa) \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Lugar de Empleo \_\_\_\_\_ Teléfono (Empleo) \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico \_\_\_\_\_

**Información del Padre:**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono (casa) \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Lugar de Empleo \_\_\_\_\_ Teléfono (Empleo) \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Si el niño/la niña no vive con sus padres, cuales son los nombres de los guardianes legales: \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono (casa) \_\_\_\_\_  
Lugar de Empleo \_\_\_\_\_ Teléfono (Empleo) \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Si hay otras personas quien tienen permiso de recoger el participante de WYN, por favor escriba sus nombres aquí:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Nombres de perdonas quien no tienen permiso de recoger el participante:**

\_\_\_\_\_

<b>Para el uso de empleados de WYN sólo</b>	
Application Reviewed by:	Date Form Received:
Programs Offered:	Date of Intake:

**Divulgación de información/confidencialidad**

El propósito de esta forma es para dar permiso a WYN y/o consejeros aprobados a recolectar cualquier información pertinente relativa al progreso del joven mientras participe en los programas de WYN. Esta información será guardada con la confidencia más alta y sólo será disponible a empleados aprobados.

Yo, \_\_\_\_\_, el padre/guardián del participante, doy permiso a dar información requerida para programas de WYN par mejor evaluar el progreso de mi niño/niña mientras participe en el programa. Esta información incluye notas, información de la corte juvenil, maestras, consejeros, salud mental, Departamento de Servicios Sociales y profesionales que tengan información pertinente al niño/niña.

**Firma iniciales aquí si usted está de acuerdo:** \_\_\_\_\_

**Autorización para servir y transportar**

Yo, \_\_\_\_\_, voluntariamente le doy mi permiso para mi niño/niña participar en las actividades y programas ofrecidas por WYN. Yo adicionalmente doy permiso a empleados y voluntarios de WYN a transportar miembros de mi familia en conexión con su participación en el programa. Yo entiendo que la participación de mi familia en el programa de WYN es voluntaria. Yo entiendo que tengo la habilidad de notificar los empleados de WYN a cualquier tiempo si yo deseo descontinuar servicios para mi niño/niña. Yo entiendo que puedo contactar los empleados de WYN para más clarificación o negociación si tengo algún problema con el servicio.

**Firma iniciales aquí si usted está de acuerdo:** \_\_\_\_\_

**Consentimiento para grabar en video y/o sacar fotografías**

Yo, \_\_\_\_\_, doy permiso completo a WYN para producir o utilizar algunos medios de comunicación incluyendo: fotografías, video, grabadora visual o cuentas escritas hizo por mí o mis hijos para el uso de cualquier o todas actividades incluyendo reportando, archivando, grabando, eventos de las noticias, publicidad, producciones, campañas, anunciando, o promociones asociado con y autorizado por WYN.

**Firma iniciales aquí si usted está de acuerdo:** \_\_\_\_\_

**Revocación**

Yo entiendo que tengo el derecho para revocar esta autorización o partes de este cuandoquiera. Si yo decido revocar esta autorización, tengo que hacer este por escrito. Una línea diagonal será dibujado por el autorización con las palabras "revocado" escrito a través del formato. Esta información permanecerá una parte permanente de la carpeta de mi hijo/hija.

**Noticia de voluntad**

Yo entiendo que podría rechazar esta autorización.

**Firma iniciales aquí si usted está de acuerdo:**\_\_\_\_\_

**Manual del consumidor**

Yo he obtenido y entiendo ambos el manual y los Derechos del Consumidor.

**Firma iniciales aquí si usted está de acuerdo:**\_\_\_\_\_

Nombre del participante:\_\_\_\_\_

Nombre del guardián (Por Favor escriba)\_\_\_\_\_

Firma de los guardianes \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



155 WYN Way • Boone, NC 28607  
(828) 264-5174 • Fax (828) 264-0838  
westernyouthnetwork.org

**Permiso dar al Publica la Información Médica**

Nombre del niño/la niña (Participante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ [ Masculino] [Femenino]

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo): \_\_\_\_\_

Persona para contactar en caso de emergencia: Nombre \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono:(Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_

**El/La participante tiene alguna condición médico que pueda impedir su participación en las actividades de WYN? [Sí] [No]**

Si hay condiciones, explica y describe cuales actividades son prohibidos: \_\_\_\_\_

Alergias o restricciones de alimentación: \_\_\_\_\_

Medicaciones Actuales (Autorización adicional será necesario para administrar medicaciones durante horas del programa): \_\_\_\_\_

Condiciones médicas crónicas o recurrente: \_\_\_\_\_

Sugerencias o información adicional para los empleados de WYN: \_\_\_\_\_

Seguro medico: \_\_\_\_\_

Número de la póliza de seguro: \_\_\_\_\_

Medicaid [Sí] [No] Número de Medicaid: \_\_\_\_\_

Doctor Preferido: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Hospital Preferida: \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo que esta información es verdad y completa. Yo entiendo y asumo todos los riesgos asociado con WYN. Yo entiendo que WYN no está responsable para las acciones de mi niño/niña. Yo doy permiso a empleados de WYN administrar "First Aid" (ayuda médica) al alcance de sus habilidades y/o sacar otra ayuda médica para el participante si necesario. Mi niño/niña puede participar en todas las actividades de WYN excepto las actividades escrito arriba.

**Firma de padre/guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Testigo:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



**Consentimiento de los padres/guardianes para dar salida y información**

WESTERN YOUTH NETWORK

La intención:

- Compartir información de la ejecución educativa de mi niño/niña en \_\_\_\_\_ (Nombre de escuela).
- Incluir sus ejecuciones académicas y social-emocional desarrollo.
- Asistir individuos planean y proveen un alto-calidad programa para mis niños.
- Sólo individuos con conexiones específicos a Western Youth Network pueden tener acceso a la información de los participantes.

Yo, \_\_\_\_\_, el padre/guardián del participante doy permiso a escuela empleados dan salida a y trocan información sobre la ejecución educativa de mis niños con empleados de WYN. Yo entiendo que esta información usará por empleados de WYN con planeando y entregando relación construyendo, educativo, social, cultural y destrezas de vida por los programas de WYN. Esta información incluye:

**Firma Iniciales de los Padres**

- a) Discusiones con los maestros de mi niño/niña, también revistas de cuestionarios sobre mi niño/niña completado por empleados de la escuela. \_\_\_\_\_
- b) Información sobre los exámenes y las notas de mi niño/niña \_\_\_\_\_
- c) Otra información que podría buscado en los archivos de la escuela (Días de ausencia, acciones disciplinarios, etc.) \_\_\_\_\_

Yo entiendo la natura de la información estará dar salida, la importancia y uso de esta información y hay reglamentaciones requiriendo receptores de esta información mantener en confianza.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Año en escuela: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Maestro(a): \_\_\_\_\_

Firma de los Padres: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_