**USO UNICO DEL PERSONAL DE PRODIGY: ESTE FORMULARIO DEBE SER**

**COMPLETAMENTE LLENO Y FIRMADO POR PADRE, MADRE O GUARDIÁN LEGAL,**

**ANTES DE LA PARTICIPACIÓN DE EL/LA JÓVEN EN EL PROGRAMA DE PRODIGY.**

**NOMBRE DE ORGANIZACIÓN CONTRADADA:**

**DEPT. DE JUSTICIA JUVENÍL (DJJ) CONDADO DE HILLSBOROUGH (HC)**

* **PREVENCIÓN**

**☐**

**☐**

* **DIVERSIÓN**
* **OTRO**

**FECHA NUEVA DE APLICACIÓN:**

**# DE ID DEL/LA JÓVEN**

* **SOBRE RODANDO** *(AÑO NUEVO DEL CONTRATO)*

**FECHA INICIALES FECHA INICIALES**

* **DE REGRESO** *(EN EL MISMO AÑO)*

**FECHA INICIALES FECHA INICIALES**

# SECCION I: INFORMACIÓN DEL/LA JOVEN

**Información Demográfica:** *Las opciones siguientes para raza y etnicidad son basadas en información requerida por nuestro patrocinador. Favor de seleccionar SÓLO UNA para Raza, y UNA para Etnicidad.*

Raza ***(MARQUE UNO):*** ☐Afro-americano ☐Blanco ☐Asiático ☐Indio Americano ☐Isleño del pacífico Etnicidad ***(MARQUE UNO)*:** ☐Haitiano ☐Hispano ☐Jamaiquino ☐No-Hispano

Género: ☐ Femenino ☐ Masculino

# Información del/la Participante:

Apellido: Nombre: Segundo Nombre/Inicial: Fecha de Nacimiento: Edad: *(5-17 sólo para DJJ)* Edad: *(6-19 - sólo para HC)* Lenguaje Primario:

Dirección: Dirección 2:

# de Apto/Unidad

Ciudad:

Estado: Código Postal:

**Condado** *(marque uno)*: ☐Hillsborough ☐Pasco ☐Pinellas ☐Polk ☐Manatee ☐Sarasota ☐Orange ☐Osceola ☐Hardee ☐Highlands

**Estado parental del/la joven:** ☐Ninguno ☐En estado de embarazo ☐Joven es madre ☐Joven es padre

**Composición Familiar:** ☐Vive con ambos padres ☐Vive con madre soltera ☐Vive con padre soltero ☐Vive con parientes

* Vive con personas no parientes ☐Vive en hogar de cuido ☐Otro *(Favor de describir)* **Joven fue referido por:** ☐Él/Ella mismo/a o Familia ☐Escuela ☐DCF ☐Otro *(Favor de describir)* **Recibe su joven asistencia de almuerzo escolar gratuíto/reducido? ☐** SÍ **☐** NO

# Está su joven en cuidado de orfanato? ☐ SÍ ☐ NO

**Recibe su joven asistencia médica y/o cupones de alimentos? ☐** SÍ **☐** NO

**Información de Padre/Madre/Guardián Legal: *Importante: Éstas personas están designadas para contactos de emergencia.***

# #1

Apellido: Nombre: Segundo Nombre/Inicial:

Teléfono de Casa ( )

Teléfono de Trabajo ( )

Celular ( )

Email:

Relación con joven: ☐ Madre ☐ Padre ☐Guardián Legal ☐ Otro *(Favor de describir)*

# #2

Apellido: Nombre: Segundo Nombre/Inicial:

Teléfono de Casa ( )

Teléfono de Trabajo ( )

Celular ( )

Email:

Relación con joven: ☐ Madre ☐ Padre ☐Guardián Legal ☐ Otro *(Favor de describir)*

**Información Escolar:** ¿Está el/la jóven registrado actualmente en la escuela? ☐ Sí ☐ No Grado Escolar:

Dirección:

Nombre de Escuela *(Indique si el/la joven es enseñado en la casa)*: # de Apto/Unidad Ciudad:

Dirección 2:

Estado:

Código Postal:

Teléfono: ( )

**\*All information contained in this application is confidential and kept in a locked cabinet.** *Revised 5/17/2019*

**P a g e | 1**

|  |
| --- |
| **SECCION II: CONSENTIMIENTO DE TRANSPORTACIÓN & CONTACTO DE EMERGENCIA** |
| Las siguientes personas están autorizadas para dejar y/o recoger a mi hijo/a. La(s) persona(s) que designé como contacto(s) de emergencia han sido marcada(s) en el encasillado **EC☐** correspondiente. |
| Apellido |  |  | Nombre |  |  | EC ☐ |
| Relación con el l/la joven | * Pariente ☐Hermano(a) ☐Amigo(a) ☐Otro *(Favor de describir)*
 |
| Teléfono de Casa ( | ) |  | Teléfono de Trabajo ( | ) | Celular ( | ) |  |  |
| Apellido |  |  | Nombre |  |  | EC ☐ |
| Relación con el l/la joven | * Pariente ☐Hermano(a) ☐Amigo(a) ☐Otro *(Favor de describir)*
 |
| Teléfono de Casa ( | ) |  | Teléfono de Trabajo ( | ) | Celular ( | ) |  |  |
| En adición a los nombrados previamente, mi hijo/a tiene permiso para entra/salir del programa de Prodigy. ☐Si ☐NoEl personal de Prodigy y/o Organización Contrada está autorizado para dar debaja a mi hijo/a de la clase en donde se enseña Prodigy. ☐Si ☐No |
| **SECCION III: INFORMACIÓN DE EMERGENCIA & CONSENTIMIENTO MÉDICO** |
| Mi hijo/a padece de condición médica y/o está actualmente tomando medicamento/s nombrado/s abajo. Esta información médica está cubierta por el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). **Favor de indicar con “N/A” las secciones que no aplican a su caso.** |
| Condicion/es Médica/s: | Medicamento/s: | Otra/s necedidad/es especial/les: |
| **Si mi hijo/a se se enfermara o se agolpeara estando en el programa de Prodigy, yo entiendo que seré primero contactado/a de inmediato, y luego mis contactos de emergencia si no me pueden localizar. En caso de que no me puedan conseguir o/a mis contactos de emergencia, yo le autorizo al personal de Prodigy a llamar a “911” para obtener asistencia inmediata. Yo comprendo completamente****que el Programa de Artes Culturales Prodigy no es/será responsible de gastos médicos que surjan como resultado de transporte y/o tratamiento ambulatorio. *(Iniciales)*** |
| **SECCION IV: CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DEL PROGRAMA & PROCESO DE CONTRARIEDAD** |
| El Programa es respaldado financieramente por el Departmento of Justicia Juvenil (DJJ) y/o el Condado de Hillsborough (HC). Cada joven es evaluado/a por el personal de Prodigy por medio de una entrevista con el proposito de identificar riesgos y/o necesidades durante el proceso de registracion. Toda informacion tomada durante este proceso sera exclusivamente para este propósito.**Yo doy permiso al personal de Prodigy para entrevistar a mi hijo/a para la registración y permito que información proveída en este formulario sean utilizados para finalizar la registracion de mi hijo/a en el programa.*** **Si ☐No (Importante: un ‘NO’ como respuesta podría descualificar a su hijo/a de la inscripción en el programa de Prodigy.)**

 ***(Iniciales)* Yo exento a University Area CDC, Inc. (UACDC), DJJ, HC, y la Organización llenando este formulario, su personal de trabajo y agentes, de cualquier responsabilidad, reclamación de perdida, daños y perjuicios, cargo o gasto que sea como resultado de alguna lesión de mi hijo/a, o del daño a mi propiedad en conexión con la inscripción y participacion de mi hijo/a en Prodigy.** ***(Iniciales)* Yo recibí y comprendo el proceso de contrariedad de los jovenes; estoy al tanto de que este consentimiento esta en efecto comenzando de este momento y hasta la duración de toda la participación de mi hijo/a en el programa de Prodigy y en esta Organización Contratada, y puede ser revocado por escrito por mi en cualquier momento.** |
| **SECCION V: CONSENTIMIENTO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN** |
| Yo entiendo que el uso de fotografías y videos será sin fines de lucro; este incluye pero no se limita a publicaciones, página de red, exhibición, publicidad, ilustración editorial, etc. **Yo consiento voluntariamente y doy permiso sin pedir reembolso al programa de Prodigy del University Area CDC, Inc. y la Organización Contratada llenando este formulario, a que tomen fotografías, graben en video a mi hijo/a y****que su nombre se publique en fotografía imprimida como participante de Prodigy**. **☐Si ☐No *(Iniciales)*** |
| **Firma del Padre/Madre/Guardián Legal** |  |  |  | **Fecha:** |  |
| **Firma del/la Joven** |  |  |  |  |  | **Fecha:** |  |
| **Firma del Personal de Trabajo Fecha:** |

**\*All information contained in this application is confidential and kept in a locked cabinet.** *Revised 4/8/2020*

**P a g e | 2**