



Inspiring all girls to be
strong, smart, and bold

Elementary Programs

Girls Inc Presenta: Campamento Fuerte, Inteligente y Decidida 2024

NOMBRE DE NIÑA: _____ GRADO (Otoño 2024): _____

- El programa de verano se llevará a cabo en nuestro Centro de Goleta (4973 Hollister Ave.)
- Horario: 8:00AM -5:00PM.
- El Costo: Cuota de Registración= \$25 por niña
Grados TK-6th = \$280 por semana/ \$560 en total para cada sesión.
- Asistencia Financiera disponible.
- Se requiere que se registre para la sesión completa de 2 semanas. Puede registrarse para una o mas sesiones.
- Cada sesión se enfocará en las siguientes temas:
 - Creando Comunidad: A lo largo de cada sesión trabajaremos juntos para crear expectativas, normas y actitudes para construir un entorno saludable para todos. Desarrollaremos habilidades para apoyar una comunidad segura e inclusiva tanto dentro como fuera de Girls Inc.
 - Mentes Fuertes, Cuerpos Saludables: Cuando pensamos en la salud, es importante que nos centremos tanto en la mente como en el cuerpo. Aprenderemos cómo alimentar nuestros cuerpos con alimentos nutritivos, establecer una mentalidad saludable, mover nuestros cuerpos e incorporar hábitos saludables en nuestra vida que nos ayudaran a ser más fuertes.
 - Mentes Inteligentes: ¡Examinaremos a nuestras STEMinistas internas mientras exploramos, construimos e innovamos! Desarrollaremos una mentalidad de crecimiento a medida que exploraremos diferentes carreras enfocadas en STEMinistas famosas. Participaremos en una variedad de actividades prácticas con una actitud de "yo puedo".
 - Líderes Poderosas y Decididas: Aprenderemos sobre la importancia de desarrollar habilidades de liderazgo y activismo para resaltar los temas que nos apasionan. Mientras trabajamos juntas para convertirnos en líderes fuertes en nuestra comunidad, usaremos nuestra voz para empoderar y animar a quienes nos rodean.

Por favor seleccione la sesión(es) que le gustaría que su niña asista:

- ☐ Sesión 1: 24 de junio – 5 de julio (Pago completo se debe el 10 de junio)
- ☐ Sesión 2: 8 de julio – 19 de julio (Pago completo se debe el 24 de junio)
- ☐ Sesión 3: 22 de julio – 2 de agosto (Pago completo se debe el 8 de julio)
- ☐ Sesión 4: 5 de agosto – 16 de agosto (Pago completo se debe el 22 de julio)

El último día para realizar cambios a las fechas que ha seleccionado es el viernes 24 de mayo.
Sera responsable de pagar las sesiones en las que se haya registrado a partir de esta fecha.

Nombre de Padre/Guardián: _____
(escrita en letra de molde)

Firma de Padre/Guardián: _____

Correo electrónico de Padre/Guardián: _____

Número de Teléfono de Padre/Guardián: _____

(Office use only)

Forms submitted (date) _____
Registration Paid (date) _____
Girl File _____

Staff Initials _____
Excel Grid _____
Emergency form x3 _____

Order# _____
Compass _____
Quickbooks _____



Inspiring all girls to be
strong, smart, and bold

Girls Inc. of Greater Santa Barbara Forma de Registración

Elementary Programs

Fecha de Hoy ___/___/___

INFORMACION DE NIÑO/A:

Nombre de Niña/o (Primero, 2º nombre, Apellido): _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: _____

Género: F M No binario/otro: _____ Idioma principal hablado en casa: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Raza: Asiático/Isleño del Pacífico Afroamericano/Negro
Blanco Hispano o Latino
Multirracial o más de una raza o etnicidad Nativo Americano, Nativo de Alaska o Indígena
Medio Oriente o Norte Africano Otra Raza: _____

Etnicidad: Hispana, latina o latinoamericana NO Hispana, latina o latinoamericana

INFORMACION DE PADRE/GUARDIAN:

Nombre: _____ Relación: _____ Numero de Trabajo: _____ Celular: _____

Lugar de Trabajo: _____ Ocupación: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Numero de Trabajo: _____ Celular: _____

Lugar de Trabajo: _____ Ocupación: _____ Correo Electrónico: _____

COMENTANÓS MAS SOBRE DE SU NIÑA/O:

Por favor comparta más información sobre su niño/a específico a su comportamiento, emocional, cognitivo, y/o social que nos ayudara a mejor apoyar a su niño/a (por ejemplo, ¿recibe su niño/a servicios de apoyo en la escuela?):

CONTACTOS DE EMERGENCIA/PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOJER A SU NIÑO/A (aparte de padres):

Nombre: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____

INGRESOS EN CASA:

Ingreso Anual:

Menos de \$10,000	\$25,000-\$29,999	\$50,000-\$59,999
\$10,000-\$14,999	\$30,000-\$34,999	\$60,000-\$69,999
\$15,000-\$19,999	\$35,000-\$39,999	\$70,000-\$79,999
\$20,000-\$24,999	\$40,000-\$49,999	Más de \$80,000

¿Se niña es elegible para recibir almuerzo gratis o a precio reducido? SI NO

¿Avanzó su niña/o al siguiente grado, en el año escolar más reciente? SI NO

Niño/a vive con: Dos Padres Solo con Madre Solo con Padre Un padre al tiempo (custodia compartida)
Abuelo(s) u otro pariente(s) Padres de crianza Otro

Si tiene custodia compartida, por favor explique: _____



Inspiring all girls to be
strong, smart, and bold

Girls Inc. of Greater Santa Barbara Forma Médica

Nombre de Niño/a (Primero, Apellido): _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____

INFORMACION DE SALUD:

Niño/a Sujeto a:

Resfriados	☐ SI	☐ NO
Dolor de Garganta	☐ SI	☐ NO
Desmayos	☐ SI	☐ NO
Desgarro Muscular	☐ SI	☐ NO
Bronquitos	☐ SI	☐ NO
Convulsiones/Epilepsia	☐ SI	☐ NO
Calambres	☐ SI	☐ NO
Alergias	☐ SI	☐ NO

Niño/a Tiene o ha Tenido:

Enfermedad del Corazón	☐ SI	☐ NO
Asma	☐ SI	☐ NO
Problemas Pulmonares	☐ SI	☐ NO
Huesos Rotos	☐ SI	☐ NO
Sinusitis	☐ SI	☐ NO
Hernia (Reventado)	☐ SI	☐ NO
Apendicitis	☐ SI	☐ NO
Cirugía de Cualquier Tipo	☐ SI	☐ NO

¿Está recibiendo tratamiento médico su niño/a? ☐ SI ☐ NO

Si contesto "SI" en cualquier área, por favor explique:

Anote todos los medicamentos que la niña/o esté tomando:

<u>Nombre de Medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Horario Tomado</u>	<u>Medico Prescriptor</u>
------------------------------	--------------	-----------------------	---------------------------

Describa alergias, restricciones dietéticas y/o reacciones a medicamentos:

Por favor anote cualquier discapacidad física que pueda limitar a su niño/a a participar en las actividades de Girls Inc. (problemas de vista, de oír, hablar, parálisis, diabetes, ulcera, etc.):

Nombre de Doctor: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre de Dentista: _____ Número de Teléfono: _____

¿Tiene su niño/a aseguranza médica? **SI** ☐ **NO** Nombre de Proveedor: _____

¿Tiene su niño/a aseguranza dental? **SI** ☐ **NO** Nombre de Proveedor: _____

Permiso de Aplicar Crema de Protector Solar:

Yo autorizo que Girls Inc. of Greater Santa Barbara aplique crema de protector solar a mi niño/a: ☐ SI ☐ NO
No autorizo, y entiendo que seré responsable de aplicar crema de protector solar a mi niño/a antes de asistir a Girls Inc. y
tendré que mandar nuestra propia crema. _____ (iniciales)

Yo doy el permiso para que mi niño/a sea parte de Girls Inc. of Greater Santa Barbara. Entiendo que mi niño/a participara en una variedad de actividades dentro y fuera del centro, programas, y clases en cuales el personal de Girls Inc. of Greater Santa Barbara tomara todas las precauciones para asegurar que se conduzcan en un ambiente seguro.

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Teléfono de Casa: _____ Numero de Trabajo: _____ Celular: _____

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA-
Guarderías infantiles u hogares que proporcionan cuidado de niños**

COMO PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO, POR ESTE MEDIO, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE

Girls Inc. of Greater Santa Barbara _____ OBTENGA TODO EL TRATAMIENTO MÉDICO O DENTAL DE EMERGENCIA QUE
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

UN DOCTOR (M.D.), OSTEÓPATA (D.O.), O DENTISTA (D.D.S.) DEBIDAMENTE CERTIFICADO RECETE PARA

_____. SE PUEDE PROVEER ESTE CUIDADO BAJO CUALQUIER CONDICIÓN QUE SEA
NOMBRE

NECESARIA PARA PRESERVAR LA VIDA, MIEMBROS DEL CUERPO, O BIENESTAR DEL NIÑO MENCIONADO ANTERIORMENTE.

EL NIÑO TIENE ALERGIA A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:

FECHA

FIRMA DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

DOMICILIO

NÚMERO DE TELÉFONO EN LA CASA

NÚMERO DE TELÉFONO EN EL TRABAJO

()

()

GIRLS INC. OF GREATER SANTA BARBARA**Asunción del riesgo y renuncio de responsabilidad relacionada al Coronavirus / COVID-19**

El nuevo coronavirus, COVID-19, ha sido declarado una pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization). COVID-19 es extremadamente contagioso y se cree que se pasa principalmente por contacto de persona a persona. Girls Inc. de Greater Santa Bárbara ("GIGSB") ha implementado medidas preventivas para reducir la propagación de COVID-19; sin embargo, **GIGSB no puede garantizar que usted y / o su hijo/a no se infecten con COVID-19**. Además, la participación en actividades realizadas o asociadas con GIGSB podría aumentar su riesgo o el de su hijo/a de contraer COVID-19.

LEA CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR – ESCRIBA SUS INICIALES EN CADA PÁRRAFO

____ INICIALES Al firmar este acuerdo, **yo reconozco la naturaleza contagiosa de COVID-19 y asumo voluntariamente el riesgo de que yo y / o mi niña podamos estar expuestos o infectados por COVID-19 al participar en eventos realizados o asociados con GIGSB; y que dicha exposición o infección puede provocar lesiones personales, enfermedades, discapacidad permanente y la muerte**. Entiendo que el riesgo de quedar expuesto o infectado por COVID-19 puede ser el resultado de acciones, omisiones o negligencia de mí y de otros, incluidos, pero no limitados a, los empleados, voluntarios y participantes del programa de GIGSB y sus familias.

____ INICIALES **Acepto voluntariamente asumir todos los riesgos anteriores y acepto la responsabilidad exclusiva de cualquier daño a mí mismo y / o a mi niña (incluido, pero no limitados a, daños personales, discapacidad y muerte), enfermedad, daño, pérdida, reclamo, responsabilidad, o gasto, de cualquier tipo, que pueda pasar o incurrir en relación con mi/su participación en eventos realizados o asociados con GIGSB ("Reclamaciones")**. En mi nombre y / o el de mi niña, por este medio libero, me comprometo a no demandar, despedir y eximir de responsabilidad a GIGSB, sus empleados, voluntarios, trabajadores contratados, agentes y representantes ("Liberados"), de las Reclamaciones, incluyendo todos los reclamos, responsabilidades, acciones, daños, costos o gastos de cualquier tipo que surjan o estén relacionados con ellos. Entiendo y acepto que esta publicación incluye cualquier Reclamación basada en las acciones, omisiones o negligencia de GIGSB, sus empleados, voluntarios, trabajadores contratados, agentes y representantes, ya sea que ocurra una infección COVID-19 antes, durante o después de la participación de o asociado con GIGSB.

____ INICIALES Declaro que tengo un seguro médico adecuado para cubrir cualquier lesión o enfermedad que yo y / o mi hijo/a podamos sufrir o causar mientras participa en esta actividad, o de lo contrario yo acepto asumir los costos de dicha lesión o enfermedad yo mismo. Además, declaro que yo y / o mi niña no tenemos ninguna condición médica o física que pueda interferir con la participación segura en esta actividad, y estoy dispuesto a suponer y asumir los costos de todos los riesgos que puedan crearse, directa o indirectamente, por cualquier condición.

____ INICIALES Cualquier procedimiento legal que se presente para interpretar o hacer cumplir los derechos y obligaciones cubiertos por este Acuerdo se iniciará en el Estado de California, el Condado de Santa Bárbara y se regirá por las leyes del Estado de California. Estoy de acuerdo en que, si alguna parte de este acuerdo se considera nulo o no ejecutable, las restas porciones permanecerán validas en pleno fuerza y efecto.

____ INICIALES **He tenido tiempo suficiente para leer todo este documento y he tenido la oportunidad de consultar con un asesor legal antes de firmar**. Además, entiendo que esta actividad podría no estar disponible para mí o mi niña o que el costo de participar en esta actividad sería significativamente mayor si tuviera que elegir no firmar esta publicación, y estoy de acuerdo de que la oportunidad de participar al costo establecido en cambio por la ejecución de este comunicado es razonable. **He leído y comprendo este documento y acepto estar sujeto a sus términos**.

____ INICIALES Si he firmado una forma de responsabilidad general, por separado, relacionada con mi participación en eventos realizados por o asociados con GIGSB, acepto que los términos de esa forma están totalmente incorporados en este documento y que los términos de este documento están incorporados en la separada forma general.

____ INICIALES **Estoy de acuerdo en que yo y / o mi niña cumpliremos con todas las reglas y pólizas de salud y seguridad impuestas por GIGSB o por cualquier entidad gubernamental estatal, local o federal, y practicaré el distanciamiento social y la higiene limpia durante mi participación en eventos realizados por o asociado con GIGSB o mientras este en el local de GIGSB**.

Soy un participante / el padre o guardián legal del participante menor de edad _____ y estoy autorizado a participar en este Acuerdo en mi nombre o en su nombre. En consideración a que se me permita participar en actividades realizadas por o asociadas con GIGSB, también acepto indemnizar y eximir de responsabilidad a los Liberados de cualquier reclamo que pueda presentar yo o en nombre de un participante menor o que esté relacionado de alguna manera con mi / su participación.

Nombre de Participante / Padre o Guardián (en letra de molde) _____

Firma de Participante / Padre o Guardián _____ Fecha _____



Inspiring all girls to be
strong, smart, and bold

Girls Inc. of Greater Santa Barbara Exoneración y Renuncios de Responsabilidad

Nombre de Participante (Primero, Apellido): _____

Fecha de Nacimiento: (si es menor edad): ____/____/____

Por favor lea la siguiente Exoneración y Renuncios de Responsabilidad y confirme que la comprende firmando debajo.

Asunción de la responsabilidad completa de todos los riesgos de lesiones corporales, muerte o daños:

En mi nombre o como padre o guardián legal de _____ (nombre de niña), por presente autorizo y consiento mi/su participación en los programas ofrecidos por Girls Inc. of Greater Santa Barbara ("GIGSB" por sus siglas en inglés) y declaro que /son médicamente capaces de participar en esos eventos sin riesgo de daño para ellos mismos o para otros. Entiendo que la participación en actividades en GIGSB, incluidos, pero no limitados a, sus programas después de escuela, clases, excursiones, eventos deportivos, surf, cocinar y otros eventos y actividades atléticos, puede resultar en lesiones inevitables, incluidos, pero no limitados a, distensiones musculares u otros tejidos blandos, esguinces y desgarros, huesos rotos y lesiones graves como parálisis o incluso la muerte, y asumo voluntariamente el riesgo de lesiones asociadas con esos eventos. _____ (iniciales)

Solamente para Programa de Gimnasia de Girls Inc. of Greater Santa Barbara:

Autorizo y doy mi consentimiento para que _____ (nombre del participante) participe en actividades de gimnasia organizadas por GIGSB y declaro que yo/ellos están médicamente capacitados para participar en esas actividades sin riesgo de daño para mí/ellos mismos u otros. Reconozco que varios factores y causas, conocidos y desconocidos, asociados con la gimnasia pueden causar lesiones, que incluyen, pero no son limitados a, la altura y la posición del equipo y el cuerpo durante ciertos movimientos, la rotación del cuerpo y el movimiento del cuerpo, en un entorno único. Soy plenamente consciente de los riesgos inherentes a la gimnasia, el trampolín, la danza y todas las demás actividades físicas que ofrece el programa de Gimnasia de GIGSB y soy consciente de la posibilidad de lesionarme al participar en las actividades antes mencionadas, y asumo voluntariamente el riesgo de lesión planteado por tales actividades. _____ (iniciales)

Notificación: En caso de lesión, enfermedad o cualquier situación que pueda requerir atención médica durante o con motivo de un programa o excursión de GIGSB, se entiende que se hará un esfuerzo consciente para notificar al participante, o a su padre o guardián antes de la atención médica o se toman otras medidas necesarias. Si un participante no puede dar su consentimiento o si un padre o guardián no puede ser localizado de manera oportuna, entiendo que el costo de este servicio será asumido por mí. En el caso de que GIGSB considere que dicha atención o tratamiento médico es necesario, acepto liberar a GIGSB de cualquier responsabilidad en relación con dicha atención o tratamiento médico y pagar todos los costos asociados con dicha atención o tratamiento médico. _____ (iniciales)

Exoneración de Responsabilidad: En consideración por permitirme a mí/mi niña participar en las actividades ofrecidas por GIGSB. Yo, mis herederos y cesionarios, parientes más cercanos y todos los demás que actúen en mi nombre y en el de mi niña acordamos renunciar a todos y cada uno de los derechos, reclamos, daños, acciones, causas de acción o juicios de cualquier tipo o naturaleza que yo o mi niño tiene o puede tener en lo sucesivo contra GIGSB o cualquier agente, empleado, representante u otra persona que actúe en su nombre y para indemnizar, defender y eximir de responsabilidad a GIGSB o a cualquier agente, representante u otra persona que actúe en su nombre por cualquier lesión sufrida como resultado de participar en aquellas actividades que ofrece GIGSB. Por la presente libero a GIGSB ya cualquier agente, empleado, representante u otra persona que actúe en su nombre o bajo su dirección de responsabilidad por conducta negligente común que pueda ocurrir en el futuro. _____ (iniciales).

En caso de que alguna parte o partes de este acuerdo se declaren nulas y sin efecto, el resto del acuerdo seguirá siendo válido y mantendrá su plena vigencia y efecto. Este reconocimiento de riesgo y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD ha sido leído por mí y entendido completamente y firmo voluntariamente. Tengo 18 años de edad o más. _____ (iniciales)

Nombre de Participante / Padre o Guardián (en letra de molde): _____

Firma de Participante / Padre o Guardián: _____

Fecha: _____

Girls Inc. of Greater Santa Barbara Consentimiento de Media Para Un Menor

Nombre de Participante (Primero, Apellido): _____

Fecha de Nacimiento (si es menor edad): ____/____/____

Participante: Esta es una versión de Derechos Legales. Por favor lea cuidadosamente y asegúrese de que lo entiende antes de firmar. Se debe firmar un formulario de consentimiento para cada participante dentro de la misma familia.

Yo soy el participante o el padre/guardián legal del participante menor de edad (nombre del niño/a)

_____ (Participante). Por este medio doy permiso sin restricciones para que el

participante sea fotografiado, grabado/a en video, grabado/a digitalmente, audio grabado/a y/o entrevistado/a por Girls Inc. de Greater Santa Barbara ("GIGSB" por sus siglas en inglés) o sus representantes. Entiendo y acepto que las fotografías y/o videos que contengan la imagen y/o la voz del participante, en su totalidad o en parte, pueden ser utilizados en la producción de materiales de instrucción y/o promoción producidos por GIGSB, y pueden ser compartidas con otras organizaciones, programas, o impresas terceras y que tales materiales pueden ser distribuidos o transmitidos al público y exhibidos públicamente. También doy permiso sin restricciones que se pueda usar el nombre del participante, fotografías y/o videos que contengan la imagen y/o la voz del participante o trabajos creativos en el internet y otras formas de media electrónica/digital o media de impresos.

Por la presente, concedo a GIGSB y sus agentes el derecho absoluto y permiso para usar lo siguiente del participante: su imagen, audio de voz, retratos fotográficos, imágenes, imágenes digitales, historias, citas, audio o video del participante o reproducciones para cualquier propósito legal, incluyendo, pero no limitado a uso en cualquier promoción de GIGSB a través de publicación, sitio web, medios sociales, video, entrevista, evento y/o publicidad. Por lo presente renuncio a cualquier derecho que tenga de inspeccionar y/o aprobar el producto terminado o la copia que se puede utilizar en relación con el mismo, en el que aparece el participante o el uso que se le puede dar o aplicar.

También entiendo que mi permiso para usar las fotografías, la imagen, el audio o el video es para tiempo ilimitado. También estoy de acuerdo en que ningún dinero ni ninguna otra consideración, incluido el reembolso de gastos, nos corresponderá al participante, o a nuestros herederos, en ningún momento debido a la participación del participante en cualquiera de los anteriores o el uso del nombre del participante, su imagen/voz, su fotografía, o trabajo creativo.

Entiendo que todos los negativos, impresiones, reproducciones digitales y cintas de video serán propiedad de GIGSB y no tengo ningún interés en ellos. Renuncio a todos los derechos, títulos e intereses que pueda tener para controlar o aprobar el uso de cualquier imagen, audio de voz o imagen de video u otro uso de la imagen o grabación ahora o en el futuro, ya sea que conozca ese uso o desconocido, y renuncio a cualquier derecho a regalías o compensación por cada uso.

Para mí o como padre o guardián legal del participante, acepto liberar y mantener inofensivo a GIGSB, sus miembros, directores, agentes, oficiales, contratistas, voluntarios y empleados de y contra todas y cada tipo de reclamaciones, demandas, acciones, quejas, o otras formas de responsabilidad que surja del uso o el nombre del participante, su imagen/voz, o su trabajo creativo en televisión, radio, películas, redes sociales, Internet o cualquier otro medio electrónico / digital o material impreso. Esto incluye cualquier distorsión de reutilización, desenfoque, alteración, ilusión óptica o uso en forma compuesta, ya sea intencionalmente o de otra manera.

Entiendo que cualquier cambio en el consentimiento se aplicará a partir de la fecha de recibimiento de esa notificación por escrito avanzando y no se puede aplicar retroactivamente a fotografías, historias, citas y similares previamente creados, y/ o cualquier material promocional.

- ☐ **CONSENTIMIENTO PARA MENOR DE EDAD:** Por la presente, certifico que soy el(los) padre(s) legal(es) o guardián(es) del participante menor de edad mencionado anteriormente y doy mi consentimiento sin reservas a lo anterior en nombre del participante.
- ☐ **RECHAZO DE CONSENTIMIENTO PARA MENOR DE EDAD:** Por la presente, certifico que soy el(los) padre(s) legal(es) o guardián(es) del participante menor de edad mencionado anteriormente y NO doy mi consentimiento a lo anterior en nombre del participante.

Participante: Tengo al menos 18 años de edad y soy totalmente competente para firmar este consentimiento.

Nombre de Participante / Padre o Guardián (en letra de molde): _____

Firma de Participante / Padre o Guardián _____

Fecha: _____

Número de Teléfono: _____



Inspiring all girls to be
strong, smart, and bold

Girls Inc. of Greater Santa Barbara Forma de permiso de transporte

Favor de leer con cuidado y firme debajo:

Mi hija, _____, tiene permiso de viajar en los vehículos de Girls Inc. como parte de su participación en la programación de Girls Inc.

Los conductores de Girls Inc. cumplen con los requisitos del Departamento de Vehículos Motorizados (DMV).

Estoy completamente enterado de que los autobuses de Girls Inc. no están equipados con certificación como autobuses de escuela y no son conducidos por conductores certificados para conducir autobuses de escuela.

Girls Inc. también puede optar en contratar agencias de transporte externas y doy mi permiso para que mi niña viaje en el transporte contratado bajo la supervisión de Girls Inc.

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA PADRES

PROCESO PARA LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE CALIFORNIA

El Departamento de Servicios Sociales de California trabaja para proteger la seguridad de los niños bajo cuidado, proporcionando licencias a guarderías infantiles y hogares que proporcionan cuidado de niños. Nuestra mayor prioridad es asegurar que los niños estén en un ambiente de cuidado de niños que sea seguro y saludable. Las leyes de California requieren que se lleve a cabo una revisión de antecedentes para cualquier adulto que sea dueño de o que viva o trabaje en un hogar con licencia que proporciona cuidado de niños o en una guardería infantil con licencia. Cada uno de estos adultos tiene que presentar sus huellas dactilares para que se lleve a cabo una revisión de antecedentes para ver si tiene algún historial penal. Si determinamos que una persona ha sido condenada por un delito, que no sea una infracción menor de las reglas de tráfico o una ofensa relacionada con la marihuana la cual se trata bajo las nuevas leyes de reforma sobre marihuana de acuerdo a las Secciones 11361.5 y 11361.7 del Código de Salud y Seguridad, esa persona no podrá trabajar ni vivir en un hogar con licencia que proporciona cuidado de niños ni en una guardería infantil con licencia, a menos que lo apruebe el Departamento. A esta aprobación se le llama una exención.

Una persona que ha sido condenada por un delito como asesinato, violación, tortura, secuestro, delitos de violencia sexual o abuso sexual en contra de un niño, **por ley, no podrá recibir una exención que le permita ser dueño de o vivir o trabajar en** un hogar con licencia que proporciona cuidado de niños o en una guardería infantil con licencia. Si el delito fue un delito mayor (*felony*) o un delito menor grave, la persona tendrá que salir del establecimiento mientras que se revise la petición para una exención. Si el delito es menos grave, es posible que se le permita quedarse en el hogar con licencia que proporciona cuidado de niños o la guardería infantil con licencia mientras que se revise la petición.

Cómo se revisa la petición para una exención

Nosotros solicitamos información sobre los antecedentes de la persona a los departamentos de policía, la Oficina Federal de Investigaciones (FBI), y las cortes. Tomamos en consideración la clase de delito, cuántos delitos se han cometido, cuánto tiempo ha pasado desde que sucedió el delito, y si la persona ha sido honesta en lo que nos ha dicho.

La persona que necesita la exención tiene que proporcionar información sobre lo siguiente:

- el delito;
- lo que ha hecho para cambiar su vida y obedecer la ley;
- si está trabajando, asistiendo a la escuela, o recibiendo entrenamiento; y
- si ha completado de una manera satisfactoria algún programa de orientación o rehabilitación.

La persona también nos da cartas de referencia de otras personas que no tienen parentesco con él/ella y que tienen conocimiento del historial de él/ella y cómo es su vida ahora.

Nosotros revisamos todas estas cosas muy cuidadosamente al tomar una decisión sobre las exenciones. Por ley, no se puede compartir esta información con el público.

Cómo obtener más información

Como padre o representante autorizado de un niño bajo cuidado con licencia, usted tiene el derecho de preguntarle al hogar con licencia que proporciona cuidado de niños o a la guardería infantil con licencia si alguien que esté trabajando o viviendo allí tiene una exención. Si usted pide esta información y hay una persona con una exención, dicho hogar o guardería infantil tiene que decirle el nombre de la persona y la manera en que tal persona está involucrada en el hogar o guardería infantil. Además, tiene que darle el nombre, dirección, y número de teléfono de la oficina local de licenciamiento. Usted también puede obtener el nombre de la persona comunicándose con la oficina local de licenciamiento. Puede encontrar la dirección y el número de teléfono en nuestro sitio web. La dirección del sitio web es <http://ccld.ca.gov/contact.htm>

**NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES
EN RELACIÓN A LAS GUARDERÍAS INFANTILES****DERECHOS DE LOS PADRES**

Como padre/madre/representante autorizado, usted tiene derecho a:

1. Entrar e inspeccionar la guardería infantil (llamada "guardería" de aquí en adelante) sin notificación previa, en cualquier momento en el cual los niños estén bajo cuidado.
2. Presentar una queja con la oficina de licenciamiento en contra de la persona con licencia y revisar el expediente público que la oficina de licenciamiento tenga de la persona con licencia.
3. Revisar, en la guardería, los reportes sobre las visitas a la guardería por parte de la oficina de licenciamiento y las quejas comprobadas en contra de la persona con licencia que se hayan presentado durante los últimos tres años.
4. Quejarse con la oficina de licenciamiento e inspeccionar la guardería sin que se discrimine ni que se tomen represalias en contra de usted ni de su hijo.
5. Pedir por escrito que no se le permita a un padre/madre que visite al niño de usted ni que se lo lleve de la guardería, siempre y cuando usted haya presentado una copia certificada de la orden de la corte.
6. Recibir de la persona con licencia el nombre, dirección y número de teléfono de la oficina local de licenciamiento.
 Nombre de la oficina de licenciamiento: Community Care Licensing
 Dirección de la oficina de licenciamiento: 6500 Hollister Avenue
 Número de teléfono de la oficina de licenciamiento: (805) 562-0400
7. Después de haberlo solicitado, que la persona con licencia le informe del nombre y tipo de asociación con la guardería de cualquier persona adulta a quien se le haya otorgado una exención en relación a sus antecedentes penales, y que el nombre de la persona también se puede obtener comunicándose con la oficina local de licenciamiento.
8. Recibir de la persona con licencia, el formulario sobre el proceso para la revisión de los antecedentes de los proveedores de cuidado.

NOTA: LA LEY ESTATAL DE CALIFORNIA ESTIPULA QUE LA PERSONA CON LICENCIA PUEDE NEGAR EL ACCESO A LA GUARDERÍA AL PADRE/MADRE/REPRESENTANTE AUTORIZADO SI SU COMPORTAMIENTO PONE EN RIESGO A LOS NIÑOS BAJO CUIDADO.

Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como "Registered Sex Offender Database"), vaya a www.meganslaw.ca.gov

LIC 995 (SP) (9/08)

(Separe aquí. Dele esta porción a los padres.)

**CONFIRMACIÓN DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACIÓN
SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES
(Se requiere la firma del padre/madre/representante autorizado.)**

Yo, el padre/madre/representante autorizado de _____, he recibido, de la persona con licencia, una copia de la "NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LAS GUARDERÍAS INFANTILES" y el formulario sobre el PROCESO PARA LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO.

Girls Inc. of Greater Santa Barbara
Nombre de la guardería

Firma (Padre/madre/representante autorizado)

Fecha

NOTA: Esta Confirmación se tiene que conservar en el expediente del niño y una copia de la Notificación se le tiene que dar al padre/madre/representante autorizado.

Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como "Registered Sex Offender Database"), vaya a www.meganslaw.ca.gov

DERECHOS PERSONALES

Guarderías infantiles

Derechos personales - Vea la Sección 101223 sobre las condiciones para exenciones en relación a las guarderías infantiles.

- (a) Guarderías infantiles. Cada niño que reciba servicios de una guardería infantil tendrá derechos que incluyen pero que no se limitan a los siguientes:
- (1) a ser tratado con dignidad en sus relaciones personales con el personal del establecimiento y con otras personas.
 - (2) a que se le proporcione alojamiento, muebles, y equipo que sean seguros, higiénicos, y cómodos, para satisfacer sus necesidades.
 - (3) a no recibir castigo corporal o poco común; a que no se le cause dolor o humillación; a que no se le intimide; a no recibir burlas, coerción, amenazas, abuso mental, u otros castigos incluyendo pero no limitándose a: interferir con las funciones diarias de la vida, tales como el comer, dormir, o usar el baño; a que no se le niegue alojamiento, ropa, medicamentos, o medios auxiliares para el funcionamiento físico.
 - (4) a que la persona con licencia para el cuidado de niños le informe al niño, así como a su representante autorizado si lo hay, sobre lo que dice la ley con respecto a las quejas. Esta información debe incluir pero no limitarse a la dirección y número de teléfono de la sección en la oficina de licenciamiento que recibe quejas, e información con respecto a la confidencialidad.
 - (5) a tener la libertad de asistir a los servicios o a las actividades religiosas que desee, y a recibir visitas del consejero espiritual que prefiera. La asistencia a los servicios religiosos, ya sea dentro o fuera del establecimiento, deberá ser completamente voluntaria. En las guarderías infantiles, los padres o tutores legales del niño deberán tomar las decisiones sobre la asistencia a servicios religiosos y las visitas de consejeros espirituales.
 - (6) a que no se le encierre con llave en ninguna habitación, edificio, ni parte del establecimiento durante el día o la noche.
 - (7) a que no se le coloque en ningún aparato para limitar sus movimientos, excepto en un aparato de restricción para proporcionar apoyo que haya sido aprobado desde antes por la oficina de licenciamiento.

EL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL TIENE EL DERECHO A QUE SE LE INFORME SOBRE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO APROPIADA CON LA CUAL DEBE COMUNICARSE SI TIENE QUEJAS. LA OFICINA ES:

NOMBRE

Community Care Licensing

DIRECCIÓN

6500 Hollister Avenue

CIUDAD

Goleta, CA

CÓDIGO POSTAL

93117

AREA/NÚMERO DE TELÉFONO

(805) 562-0400

SEPARA AQUÍ

AL: PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL/NIÑO O REPRESENTANTE AUTORIZADO:

PARA EL EXPEDIENTE DEL NIÑO

Complete la siguiente confirmación, una vez que se le haya dado la información respecto a los derechos personales de una manera satisfactoria y completa, según se explica aquí:

CONFIRMACIÓN: Se me (nos) informó personalmente y recibí una copia de los derechos personales que contiene el Título 22 del Código de Ordenamientos de California, en el momento de admisión a:

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)

Girls Inc. of Greater Santa Barbara

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL NIÑO)

(FIRMA DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)

(TÍTULO/PUESTO DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)

(FECHA)



Inspiring all girls to be
strong, smart, and bold

Girls Inc. of Greater Santa Barbara Contrato de Admisión

I. CUOTAS

A. PROGRAMA DE VERANO

Grados TK-6: El costo por sesión es \$560. _____ (iniciales)

B. PROGRAMA DESPUES DE ESCUELA

Grados TK-6: El costo de tiempo completo por semana es \$140. Tiempo completo es tres o mas días por semana. _____ (iniciales)

El costo de medio tiempo por semana es \$85. Medio tiempo es dos o menos días por semana. _____ (iniciales)

Durante el cierre de las escuelas y los recesos, el costo para programación de día completo (cuando estén disponibles) se comunicaran con anticipación. _____ (iniciales)

C. TODOS LOS PROGRAMAS

Cuota de Registración: Se cobrará una registración anual de \$25.00. al tiempo que registre a su niña (pago no es reembolsable). _____ (iniciales)

Asistencia Financiera: Asistencia financiera está disponible. Las familias deben presentar documentación financiera. _____ (iniciales)

Fecha de Vencimiento y Frecuencia de Pagos del Programa: Girls Inc. debe tener una tarjeta de crédito o bancaria registrada. Las tarifas del campamento de verano deben pagarse antes de la sesión. Si no se recibe el pago antes de la fecha de vencimiento indicada, su niña será removida de la sesión. Si falla en mantener su cuenta al corriente puede perjudicar la matrícula de su niña en Girls Inc. y se puede empezar un proceso de colección contra usted. _____ (iniciales)

Devoluciones y Créditos: No se darán devoluciones o créditos por los días que niñas están ausentes excepto en casos de emergencia extrema. Al firmar este contrato de admisión, usted está reservando un espacio para su niña aun cuando su niña está ausente. Padres/Guardianes deben de hablar con la Directora para pedir excepciones a esa póliza basada en situaciones de emergencia. _____ (iniciales)

II. ARCHIVO DE LAS NIÑAS

Se mantendrá un archivo para cada niña admitida a Girls Inc. El archivo incluirá el contrato de admisión y la inscripción que contiene su registro de salud e información de atención de emergencia. La información en el archivo de niñas es confidencial y puede ser revisado solo por los padres/guardianes, un representante de Girls Inc., y un representante de Guarderías Infantil (Community Care Licensing). _____ (iniciales)

III. POLIZAS

Todas las pólizas relacionadas con Girls Inc. y sus programas de cuidado de niño/as están incluidas en este contrato y el manual de padres. _____ (iniciales)

Firma de Entrada y Salida: Debido a COVID 19 pólizas de llegada y recogida, un miembro personal de Girls Inc. firmará la entrada de su niña cada día, después de completar la encuesta de salud. Un miembro del personal de Girls Inc. firmará la salida de su niña cada día, después de entregarla a su vehículo en el estacionamiento. Solo personas autorizadas con identificación pueden recoger a su niña. Si usted quiere que otra persona (que no está en la lista) recoja a su niño/a se requiere autorización en forma de carta escrita. Esa carta debe de incluir el nombre de la persona que recogerá a su niña y la fecha en cual la recogerán _____ (iniciales)

Enfermedad: En Girls Inc. no estamos equipados para cuidar a niñas enfermas. Si su niña no puede participar en actividades normales, usted tendrá que recoger a su niño/a de Girls Inc. Por favor NO traiga a su niña a Girls Inc. si presenta alguno de los síntomas del COVID-19 o tiene fiebre. Si hay un caso positivo de COVID-19 en el hogar o si su niña estuvo expuesta a alguien que dio positivo por COVID-19, comuníquese con el programa de su niña para obtener más instrucciones. No se dará ningún medicamento a una niña sin instrucciones y autorización escrita y firmada. Todos los medicamentos deben ser entregados a la Directora. _____ (iniciales)

Reportar Ausencias: Por favor notifique al centro si su niña va a estar ausente por cualquier motivo. _____ (iniciales)

Al Recoger a Su Niña Tarde: Por cada 10 minutos o porción después que usted recoja a su niña pasado del tiempo que se termina el programa, se le cobrará ~~\$5-\$15~~. Si continúa llegando tarde pone en riesgo la matrícula de su niña en Girls Inc. _____ (iniciales)

Terminación/Modificación al Contrato: Un padre / guardián puede rescindir el Acuerdo de Admisión o modificar el estado de inscripción de su niña, notificando a Girls Inc. por escrito con 30 días de anticipación. Girls Inc. está de acuerdo que no modificará las condiciones de este acuerdo sin dar por lo menos 30 días de aviso por escrito. _____ (iniciales)

Autorización de Guarderías Infantil: Representantes de Guarderías Infantil (Community Care Licensing) tienen la autoridad de entrevistar a niñas y empleados, y a inspeccionar los documentos de niñas y los documentos del centro sin notificación o consentimiento. También tienen la autoridad de observar la condición física de niñas, incluyendo condiciones que pudieran indicar abuso, negligencia o disposición inadecuada. _____ (iniciales)

Yo, como padre, guardián o representante designado de (nombre de niña) _____, he recibido y leído la información contenida en: 1) Derechos de Padres; 2) Derechos Personales; y 3) Contrato de Admisión proporcionado por Girls Inc. of Greater Santa Barbara y estoy de acuerdo en cumplir dichas pólizas. El manual de padres de Girls Inc. se puede localizar en nuestro sitio de web: [Girls Inc. of Greater Santa Barbara website](#). _____ (iniciales)

Padre/Guardián (en letra de molde): _____

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Representante de Girls Inc.: _____ Fecha: _____



Inspiring all girls to be
strong, smart, and bold

- ☐ Elementary Programs
☐ Teen Programs

Girls Inc. Of Greater Santa Barbara Credit Card Authorization Form/ *Autorización de Tarjeta de Credito*

Please note: We require a credit or debit card on file for all girls and teens. All payments are due monthly in advance of the month of attendance.

Tenga en cuenta: Requerimos una tarjeta de crédito o débito registrada para todas las niñas y adolescentes. Todos los pagos se deben mensualmente, antes del mes de asistencia.

Child/Children's Name(s)/Nombre(s) de Niña(s): _____

Credit Card/Debit Card Informacion / Información de Tarjeta de Crédito/Tarjeta de Débito:

Name of card holder / Nombre del titular en la tarjeta: _____

Account # / Número de Cuenta: _____

Expiration/Vencimiento: _____ CVC Code / Código CVC: _____

Billing Zip Code for card/Código Postal de tarjeta: _____

My weekly fee is/La cantidad que debe por semana es \$ _____
(multiply by weeks in month for total due for month (weeks in month vary) / multiplique por
semanas en el mes para obtener el total que se debe para el mes (las semanas en el mes
varían))

In addition to my weekly fee, I would also like to make a donation to further support Girls Inc.
programs in the amount of \$ _____ per week, month, one time (circle one)

Además de mi tarifa semanal, también me gustaría hacer una donación para apoyar aún más los
programas de Girls Inc. en la cantidad de \$ _____ por semana, mes, una vez (rodée uno)

- I authorize Girls Inc. to charge my credit card as indicated above. I acknowledge that to revoke this authorization I must provide written notice at least one month prior to my next credit card payment.
- *Yo autorizo que Girls Inc. cobre mi tarjeta como he indicado arriba. Reconozco que para revocar esta autorización debo de dar notificación por escrito, a lo menos, un mes antes de que se cobre mi tarjeta.*

Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____