**Girls Inc. of Worcester**

**Registración 2019-2020**

**Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado K – 12: $25 Registración Anual\*** \*F**ormularios adicionales pueden ser requiridos**

 **para otros programas especificos\***

**INFORMATION DEL MIEMBRO:**

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad actual\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codigo Postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escuela\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Circule Uno:** Mi niño es elejible para recibir: **Almuerzo Gratis Almuerzo Reducido Ninguno**

**Circule Uno:** Como llegara su niño a Girls Inc.? **Transporte en Bus Caminando Padre/Guardian lo traera**

**INFORMATION DEL PADRE/GUARDIAN:**

**Padre/Guardian** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: casa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Correo electrónico** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Cirlcule Uno****:* Padre de Custodia No-Padre de Custodia Guardian Padre de Foster

**Vive used con el nino?** SI NO

Lenguaje Primario hablado en la casa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lenguaje secundario (si aplica)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono de su trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Padre/Guardian** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: casa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Correo electrónico** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Cirlcule Uno****:* Padre de Custodia No-Padre de Custodia Guardian Padre de Foster

**Vive used con el nino?** SI NO

Lenguaje Primario hablado en la casa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lenguaje secundario (si aplica)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono de su trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Continue para completer la registracion 🡪***

**PERSONAS EN CASO DE EMERGENCIA AUTORIZADOS DE RECOGER SU NIŇO: *(En caso de Emergencia, los Padres/Guardianes seran llamados primero)***

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono 2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorizado de Recoger Si No

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono 2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorizado de Recoger Si No

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono 2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorizado de Recoger Si No

**FORMULARIO DE CONCENTIMIENTO MEDICO:** Al firmar esta registración, yo doy permiso que mi niño,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_reciba tratamiento de emergencia y si es hospitalizado a costo mio si fuera necesario. Yo entiendo que se hara todo posible en contactarme a mi primero antes de tomar esta acción. Tambien estoy de acuerdo en informar a Girl Inc. of Worcester si hubieran cambios en la sigiente información.

**Nombre del Doctor’(es)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Teléfono** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Hospital Preferido\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Compañia de Seguro Médico** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Numero de Póliza**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Porfavor Nombre Brevemente Cualquier Alergias, Medicamentos, y/o problemas médicos:**

Alergias:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Medicamentos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Problemas médicos: ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Reconocimiento de las Pólizas de Girls Inc., Worcester***

Yo doy permiso que mi niño participe en los programas de Girls Inc. y usar el transporte por bus, el auto bus de Girls Inc. o caminando hacia las actividades, excursiónes o salidas, y escuelas. Yo reconózco que mi seguro médico es el seguro principal de mi niño y Girls Inc. no será responsable en caso de un accidente. **Iniciales del Padre/Guardian** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Reconozco que habra un cargo de $15.00 por cada 15 minutos que llege tarde a recoger mi niño\*. **Iniciales del Padre/Guardian** \_\_\_\_\_\_

Los pagos no son re-embolsable/ no-transferible.\* **Iniciales del Padre/Guardian** \_\_\_\_\_\_

Reconozco que hay una póliza disponible de reclamos si la solicito en escrito. **Iniciales del Padre/Guardian** \_\_\_\_\_\_

***\*Nuestra póliza de Pagos pueda que no aplique para nuestros programas de outreach.***

***Permiso Para las Acitivades de Girls Inc.:***

Yo doy permiso para imagenes imprimidas, en forma electronica y videos tomados de mi niño durante horas de programa, como también el nombre de mi niño, ha ser usado para publicaciónes en el boletín informativo, folletos, reportes anuales y publicidad en nuestro sitio de web, medios sociales, radio, televisión, periódico y por nuestros compañeros de la comunidad. **Iniciales del Padre/Guardian** \_\_\_\_\_\_\_

Girls Inc. of Worcester recomienda que las niñas traigan sus propios trajes de baño y toalla cada dia que haya natación si desean nadar. Nuestra facilidad mantiene unos pocos trajes de baño en variedad de tamaños que se les puede prestar si no tienen traje de baño disponible con permiso del padre. Estos trajes de baño se les presta en orden de llegada y no se garantiza que habra uno disponible

Porfavor ponga sus iniciales en la opción que aplíque:

\_\_\_\_\_ Yo doy permiso que mi niña se ponga un traje de baño de Girls Inc. prestado, si no tiene uno y hayan trajes de baño disponibles.

\_\_\_\_\_ Yo **no** doy permiso de que niña se ponga un traje de baño de Girls Inc. prestado.

**Firma del Padre/Guardian** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Como escucho de Girls Inc.?**

(Circule uno) Periódico/Radio/Televisión Internet Familia/Amistad Otros miembros de Girls Inc. Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

125 Providence Street

Worcester, MA 01604

Tel: (508) 755-6455

Info@Girlsincworcester.org



**Girls Inc. of Worcester Questionario Demográfico**

**\* Toda la información proporcionada en este formulario se mantendrá confidencial.**

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

**Cuando empezo el particpante a venir a Girls Inc.?**

**Mes/Ano\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. ¿Cuál es la fecha de nacimiento del participante?

(Mes/día/año) \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Cuál es la Escuela que esta inscrito el participante a partir de **septiembre del 2019**
2. Escuela:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Grado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. ¿Cuál es la etnicidad del participante?
	1. Hispano o Latino
	2. No Hispano o Latino
5. ¿Cuál es la raza del participante?
	1. Asiático o Isleño del Pacífico Estadounidense
	2. Negro o Afroamericano
	3. Hispana, Latina o Latinoamericana
	4. Medio Oriente / Norte de África
	5. Nativo Americano o Indio Americano
	6. Blanco, Europeo o Anglo
	7. Multirracial / múltiple
	8. Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. ¿Cuál es el idioma principal del participante?
	1. Albanés
	2. Criollo
	3. Inglés
	4. Francés
	5. Polaco
	6. Portugués
	7. Español
	8. Swahili
	9. Twi
	10. Arábica
	11. Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. ¿Qué idioma hablas con más frecuencia en casa?
	1. Albanés
	2. Criollo
	3. Inglés
	4. Francés
	5. Polaco
	6. Portugués
	7. Español
	8. Swahili
	9. Twi
	10. Arábica
	11. Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. ¿Cuál es el sexo del participante?
	1. Hembra
	2. Masculino
	3. No binario / Otro
9. ¿Cuál es el ingreso anual de su familia?
	1. Menos de $ 10,000
	2. $10,000-$17,000
	3. $17,001-$30,000
	4. $30,001-$50,000
	5. Mas que $50,000
10. ¿Con cuantos miembros de la familia vive el participante?
	1. Dos padres
	2. Solo madre
	3. Solo padre
	4. Un padre a la vez (custodia compartida)
	5. Abuelo (s) u otros parientes
	6. Los padres de crianza (Foster)
	7. Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	8. Ninguna de las anteriores
11. ¿Cuántas personas viven en su hogar, incluyendo el participante? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_