

## Lista de Registración

- |       |   |                          |
|-------|---|--------------------------|
| I.    | Formulario de inscripción                             | <input type="checkbox"/> |
| II.   | Forma de Pólizas y Procedimientos                     | <input type="checkbox"/> |
| III.  | Información del estudiante                            | <input type="checkbox"/> |
| IV.   | Información de Emergencia                             | <input type="checkbox"/> |
| V.    | Formulario de consentimiento médico                   | <input type="checkbox"/> |
| VI.   | Contrato de los padres en relación con el manual      | <input type="checkbox"/> |
| VII.  | Forma de permiso para tomar fotos al Cliente          | <input type="checkbox"/> |
| VIII. | Aviso de cargo por recogida tarde                     | <input type="checkbox"/> |
| IX.   | Política sobre los niños no recogidos                 | <input type="checkbox"/> |
| X.    | Exención de COVID-19                                  | <input type="checkbox"/> |
| XI.   | Copia de I.D.   | <input type="checkbox"/> |
| XII.  | Registro de inmunización de los estudiantes           | <input type="checkbox"/> |
| XIII. | Verificación de Dirección (Factura de agua, luz, gas) | <input type="checkbox"/> |
| XIV.  | Verificación de Ingresos                              | <input type="checkbox"/> |

(Si no se da, se le cobrará la matrícula regular)

**Formulario de admisión del cliente**

1) Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_ Mujer \_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Años en Estados Unidos: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Idioma Principal: \_\_\_\_\_

Nivel de Educación: \_\_\_ Grados 0-8 \_\_\_ Grados 9-12 \_\_\_ Preparatoria o GED \_\_\_ Colegio

Situación Militar: \_\_\_\_\_ Veterano \_\_\_\_\_ Militar Activo \_\_\_\_\_ No soy Veterano

Estado de Trabajo: \_\_\_ Tiempo Completo \_\_\_ Tiempo Parcial \_\_\_ De Temporada \_\_\_ Desempleado \_\_\_ Jubilado

Estado de Invalidez: \_\_\_\_\_ Inválido \_\_\_\_\_ No soy Inválido

<p align="center"><b><u>Antecedentes Raciales</u></b></p> <p><b><u>Categorías Individuales:</u></b></p> <p>___ Indio Americano/Nativo de Alaska</p> <p>___ Negro/Africano Americano</p> <p>___ Hawaiano Nativo/ Otro isleño del pacifico</p> <p>___ Blanco</p> <p align="center"><b><u>Antecedentes Étnicos:</u></b></p> <p>___ NO Hispano/Español/Latino</p> <p>___ Mexicano/Mexicano Americano/Chicano</p> <p>___ Puerto Riqueño</p> <p>___ Cubano</p> <p>___ Otro tipo de Hispano/Español/Latino</p>	<p align="center"><b><u>Alojamiento:</u></b></p> <p>___ Dueño</p> <p>___ Alquiler</p> <hr/> <p align="center"><b><u>Seguro Medico:</u></b></p> <p>___ No</p> <p>___ Si</p> <p align="center"><b>Nombre de seguro medico :</b></p> <p align="center">_____</p> <hr/> <p align="center"><b><u>Procedimientos de Reclamos Provistos:</u></b></p> <p>___ Si</p> <p>___ No</p>
---	---

Miembros de Familia	Relación	Fecha de Nacimiento	Cantidad mensual de ingresos	Fuente de verificación
<b>Total de ingresos al año:</b>				

\_\_\_\_\_ **Firma de Cliente:**

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

\_\_\_\_\_ **Firma del Empleado:**

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

**Asian Youth Center**  
**Políticas y Procedimientos de Servicios**

Asian Youth Center proporciona servicios de consejería individual y familiar a través de la financiación de del Condado de Los Angeles a los participantes que reúnan los requisitos para los siguientes dos criterios de:

- Los residentes del Quinto Distrito Supervisión (Consulte el mapa del Quinto Distrito Supervisión)
- Ingresos del hogar califica para el umbral de pobreza

Las calificaciones serán informadas y se explican en la entrada y los participantes se comprometen a proporcionar al residente arriba y prueba de ingreso a la entrada o en la siguiente sesión. Asimismo, los participantes se comprometen a cumplir con las políticas de la agencia de reporte de abuso infantil y el contrato de servicios de asesoramiento, que serán informados y firmaron en la entrada.

Política de No Discriminación en los Servicios de:

Asian Youth Center no discrimina en la de estos servicios basados en la raza de una persona, color, religión, sexo, orientación sexual, origen nacional, edad, discapacidad o cualquier otra clasificación.

Procedimiento de Quejas:

**I. Paso Nivel Uno-Supervisor**

Un cliente con queja o denuncia que no se puede resolver con el empleado del Centro Asiático de la Juventud con la que él / ella tiene una queja debe presentar una queja o denuncia ante el Coordinador/a/ del Programa relacionado o el Director/a/ de Educación en persona, por teléfono o en un informe escrito dentro de los 30 días del supuesto incidente.

A. La queja debe incluir lo siguiente:

1. Nombre, dirección y número de teléfono del agraviado y servicio buscado.
2. Descripción de la queja y de la documentación de apoyo, nombre de la persona en cuestión y otra información relevante.

B. Una vez recibida la queja, el Coordinador del Programa o el Director de Educación deberá:

1. Reunirse y responder a la demandante en un plazo 10 días a cualquiera un.
  - a. Mantener la queja o
  - b. Denegar la queja
2. Informar a la demandante en relación con el segundo paso si es necesario.

**II. Paso dos-Decisión del Director Ejecutivo:**

Cualquier persona cuya reclamación ha sido negada por el Coordinador del Programa o Director de Educación puede apelar la decisión al Director Ejecutivo por escrito dentro de 10 días. El Director Ejecutivo deberá:

- A. La decisión sobre el asunto dentro de 10 días desde la recepción de la apelación.
- B. Informar al agraviado Rendir sobre el tercer paso si es necesario.

**III. Paso tres - Llamada al Consejo de Administración:**

Cualquier persona cuya reclamación ha sido negada por el Director Ejecutivo en el segundo paso puede apelar la decisión a la Junta Directiva. Dentro de 10 días de la decisión, el demandante deberá presentar una solicitud de apelación por escrito al Presidente del Consejo de Administración.

- A. La audiencia de apelación se llevará a cabo en la próxima reunión regular de la Junta a menos que el Presidente convoca a una reunión especial para este fin en una fecha más temprana que se presta a todas las partes.
- B. El agraviado y el Director Ejecutivo deberán proporcionar los documentos pertinentes a la Junta Directiva por lo menos 5 días antes de la audiencia.
- C. El Presidente del Consejo presentará una decisión por escrito de la audiencia de tres pasos para el agraviado y el Director Ejecutivo dentro de los 10 días de la audiencia.
- D. El agraviado será informado sobre el paso cuatro si es necesario.

**IV. Paso cuatro - Llamamiento a la Fuente de financiación:**

Cualquier persona cuya reclamación ha sido negada por el Consejo de Administración bajo la tercera etapa se le dará el nombre, dirección, número de teléfono y la persona de contacto de la fuente de financiamiento del programa en cuestión. Si lo solicita, toda la información pertinente sobre la queja será remitida a la fuente de financiamiento.

Una copia del procedimiento de quejas del cliente Centro Asian Youth Center se registró en el Centro y se le entregará una copia del procedimiento de quejas a cualquier cliente que desee presentar una queja o reclamación y queja más podría tener en la comunidad de Los Ángeles y Servicios para Personas Mayores y estar dirigido a mayo Kingi, Jefe de la División de Servicios a la Comunidad en 3175 W. Sixth Street Los Angeles, CA 90021.

Al firmar abajo, reconozco que he leído y comprendido la información anterior, y de acuerdo en cumplir.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Información de Estudiante:**

1) Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

Hombre: \_\_\_\_ Mujer: \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Años en Estados Unidos: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Lenguaje: \_\_\_\_\_ Grado en la Escuela: \_\_\_\_\_

2) Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Hombre: \_\_\_\_ Mujer: \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Años en Estados Unidos: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Lenguaje: \_\_\_\_\_ Grado en la Escuela: \_\_\_\_\_

3) Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Hombre: \_\_\_\_ Mujer: \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Años en Estados Unidos: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Lenguaje: \_\_\_\_\_ Grado en la Escuela: \_\_\_\_\_

4) Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Hombre: \_\_\_\_ Mujer: \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Años en Estados Unidos: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Lenguaje: \_\_\_\_\_ Grado en la Escuela: \_\_\_\_\_

5) Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Hombre: \_\_\_\_ Mujer: \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Años en Estados Unidos: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Lenguaje: \_\_\_\_\_ Grado en la Escuela: \_\_\_\_\_

**Información de Padres/Guardianes:**

Información de padres/guardianes: Complete por completo y firme donde se indique. En una emergencia importante, la política de (AYC) es retener la información de los estudiantes para su seguridad. Este formulario será utilizado por el personal de AYC cuando se recojan a los estudiantes para irse a casa. Complete electrónicamente o imprima claramente y devuelva el formulario completo a AYC.

Nombre de Guardián: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de Guardián: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia:**

1) Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

2) Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

3) Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Consentimiento Médico:**

En caso de que sea necesario que mi(s) hijo(s) reciba(n) tratamiento médico mientras participa en el programa, por la presente le doy permiso a la agencia y al médico para usar su juicio al proporcionar el tratamiento médico apropiado para mi(s) hijo(s). Por la presente, renuncio a todas las reclamaciones financieras contra el Asian Youth Center o sus empleados en caso de que haya un cargo financiero como resultado del tratamiento médico de mi(s) hijo(s).

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

En el caso de que sea necesario un tratamiento médico, por favor refiera a mi(s) hijo(s) a:

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**ALERTAS DE SALUD-** Enumere cualquier condición médica que restrinja la actividad física o requiera atención especial. Incluye afecciones como el asma y alergias como picaduras de maní y abejas. Si no hay ninguno, sírvase indicar "ninguno".

---

---

**Acuerdo y manual para padres:**

Por favor firme y feche el Acuerdo de Contrato del Manual para Padres. Gracias por tomarse el tiempo para leer este manual. He recibido el manual para padres. He leído y entiendo que será responsable de seguir sus reglas. También entiendo que el manual para padres claramente establece los derechos que tengo como padre y los derechos que mi hijo tiene como estudiante.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Publicación de Fotos:**

Por la presente otorgo el permiso del Asian Youth Center para usar el nombre de mi hijo, descripción biográfica y profesional, y la información personal suministrada por mí al Asian Youth Center-retrato, el retrato de voz o cualquier o todos ellos-en la película de imagen grabación de vídeo de televisión, producción o reproducción, grabación de la banda sonora de tiras de película, fotografía, o lo contrario.

Por la presente otorgo al Asian Youth Center, sus clientes, sucesores, cesionarios y cualquier persona que actúe bajo la autoridad o el permiso de alguno de ellos, el derecho a hacer los originales en su caso y para su uso en la publicidad y la publicidad, en las publicaciones de todos y cada uno y otros medios sin limitación ni reserva con cualquier objeto lícito, y reproducir en cualquier forma o manera y los derechos de autor de cualquiera de los elementos contemplados en el párrafo anterior.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Permiso para llamar:**

Doy permiso a AYC para llamar, enviar mensajes de texto y / o enviarme un correo electrónico con respecto a otras oportunidades para las que mi familia y yo podamos calificar. Esto incluye la programación interna ofrecida dentro de los departamentos de AYC. También incluye oportunidades de organizaciones asociadas de AYC.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Cargo por recogida tardía:** A los padres se les cobrará una tarifa de \$ 1 por minuto por cada minuto después de las 6:00 p.m. que se retrasen en la recogida de su hijo. Las tarifas de recogida tardía deben pagarse a más tardar dos días después de la recogida tardía. Si no se le paga, al niño no se le permitirá continuar con la programación.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Niños que no son recogidos:** Si un padre o cuidador no llega dentro de los 15 minutos posteriores al final de una sesión y no se ha telefoneado y comunicado ningún consejo de recolección a AYC, el gerente o la persona a cargo llamará por teléfono a todos los contactos de emergencia de ese niño hasta que se encuentre a una persona adecuada y se hagan los arreglos para la recolección. A los padres / cuidadores se les ofrecerá, dentro de lo razonable (Ciudad de San Gabriel) y a un costo adicional de \$ 15, la oportunidad de que el niño sea transportado a una dirección preferida si un padre / cuidador no puede llegar al entorno dentro de un período de tiempo razonable (no más de 1 hora). Si es imposible ponerse en contacto con alguien con respecto a la recolección segura del niño, se contactará a los servicios de emergencia y a los Servicios de Protección infantil. El gerente o la persona a cargo permanecerá con el niño hasta el momento en que se instalen al cuidado de la autoridad local.

**Número de policía local (626) 308-2828 o 911 en caso de emergencia. Servicios de Protección Infantil del Condado de Los Ángeles 1-800-540-4000.**

He leído y entiendo que seré responsable de seguir las políticas anteriores con respecto a la recogida y recogida de niños.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

AYC Exención de COVID-19: Cliente/Visitante MENOR

**AYC ha implementado medidas preventivas para reducir la propagación de COVID-19; sin embargo, AYC no puede garantizar que usted o su(s) hijo(s) no se infecten con COVID-19. Además, asistir a la programación de AYC podría aumentar su riesgo y el riesgo de que su(s) hijo(s) contraiga COVID-19.**

**Al firmar este acuerdo, reconozco la naturaleza contagiosa de COVID-19 y asumo voluntariamente el riesgo de que mi(s) hijo(s) y yo podamos estar expuestos o infectados por COVID-19 al asistir a la programación de AYC y que dicha exposición o infección pueda resultar en lesiones personales, enfermedades, discapacidad permanente y muerte. Entiendo que el riesgo de exponerme o infectarse por COVID-19 en AYC puede ser el resultado de las acciones, omisiones o negligencia de mí y de otros, incluidos, entre otros, los empleados, voluntarios y participantes del programa de AYC y sus familias.**

**Acepto voluntariamente asumir todos los riesgos anteriores y acepto la responsabilidad exclusiva por cualquier lesión a mi(s) hijo(s) o a mí mismo (incluyendo, pero no limitado a, lesiones personales, discapacidad y muerte), enfermedad, daño, pérdida, reclamo, responsabilidad o gasto, de cualquier tipo, que yo o mi(s) hijo(s) podamos experimentar o incurrir en relación con la asistencia de mi(s) hijo(s) a AYC o la participación en la programación de AYC ("Reclamos"). En mi nombre, y en nombre de mis hijos, por la presente libero, me comprometo a no demandar, liberar y eximir de responsabilidad a AYC, sus empleados, agentes y representantes, de y de las Reclamaciones, incluidas todas las responsabilidades, reclamaciones, acciones, daños, costos o gastos de cualquier tipo que surjan de o estén relacionados con ellos. Entiendo y acepto que este comunicado incluye cualquier Reclamo basado en las acciones, omisiones o negligencia de AYC sus empleados, agentes y representantes, ya sea que ocurra una infección por COVID-19 antes, durante o después de la participación en cualquier programa de AYC.**

Nombre del estudiante/s \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha



