



BOYS & GIRLS CLUBS
OF SOUTH CENTRAL TENNESSEE

Solo para uso de oficina. Ap.
Recibido
por _____
Fecha de recepción: __ / __ / ____.

Agosto de 2021 - julio de 2022

Información del niño:

**** Proporcione el nombre LEGAL completo de su hijo. ****

Nombre: _____ Apellido paterno: _____

Apodo: _____ Fecha de nac.: _____ Edad: _____

Género: Hombre _____ Mujer _____ Otro _____ Raza/Etnia _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Escuela a la que asistirá para el año escolar 2021/2022: _____

Nivel de grado para el año escolar 2021/2022: _____

¿Su hijo califica para almuerzo escolar gratis / reducido? Sí _____ No _____

¿Su hijo ha sido miembro del Club antes? Miembro nuevo _____ Renovación _____

Mi hijo requiere: **Cuidado escolar del año escolar** (Marque uno)

_____ Solo Antes (6am hasta que suene la campana de la escuela)

_____ Solo después (salida de la escuela hasta las 6 pm)

_____ Tanto antes como después (6 am - timbre y salida de la escuela - 6 pm)

Descansos escolares y cuidado infantil durante el verano (Marque uno)

_____ Vacaciones escolares (vacaciones de otoño, vacaciones de primavera, etc.) **7:30am-6pm**

_____ Cuidado prolongado durante las vacaciones escolares **6am-6pm**

Descripción general del niño (en caso de emergencia):

Color de ojos: _____ Altura: _____ Peso: _____

Cualquier marca distintiva: _____

La información anterior está completa--iniciales del personal: _____

Padre / tutor legal: enumere TODOS los tutores legales, incluso si residen en hogares diferentes *:

Nombre del Padre de Familia / tutor 1: _____

¿Cuándo reside el niño con este padre / tutor?

____ Tiempo completo

____ Días específicos por mes. Enumere el horario aquí (es decir, cada dos semanas, cada dos fines de semana, etc.): _____

____ Varía

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Celular: _____

**** Incluya un número de teléfono al que se le pueda localizar en todo momento durante el horario de atención de BGC, según las políticas descritas en el Manual para padres de 2021-2022.**

Relación con el niño: _____ Correo electrónico: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Nombre del Padre de Familia / tutor 2: _____

¿Cuándo reside el niño con este padre / tutor?

____ Tiempo completo

____ Días específicos por mes. Enumere el horario aquí (es decir, cada dos semanas, cada dos fines de semana, etc.): _____

____ Varía

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Celular: _____

**** Incluya un número de teléfono al que se le pueda localizar en todo momento durante el horario de atención de BGC, según las políticas descritas en el Manual para padres de 2021-2022.**

Relación con el niño: _____ Correo electrónico: _____

Empleador: _____

Ocupación: _____

*** Es responsabilidad del tutor legal que inscribe al niño en el programa Boys & Girls Club notificar al personal inmediatamente por escrito sobre cualquier cambio en los acuerdos de custodia legal.**

La información anterior está completa--iniciales del personal: _____

Información médica del niño:

Médico de cabecera: _____

Teléfono de la oficina: (____) _____

¿Permiso para recibir tratamiento por parte del médico? Sí _____ No _____

Información de seguro médico:

¿Tiene seguro médico? Sí _____ No _____

Medicaid _____ TNCare _____ TNKids _____ ¿Otro seguro médico o de accidentes? _____

Aseguradora: _____

De póliza _____ # de grupo _____

¿Están todas las vacunas requeridas actualizadas y archivadas en la escuela del niño? Sí _____ No _____

¿Alguna operación, lesiones graves, enfermedades crónicas o afecciones médicas graves? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, por favor especifique:

Enumere todas las alergias conocidas: _____

Enumere todos los medicamentos que está tomando el niño:

 ** Si solicita al personal de BGC que le administre medicamentos a su hijo, complete el formulario a continuación titulado "Dispensación de permiso y liberación de medicamentos".

¿Necesita su hijo un EpiPen o un inhalador? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, acepta proporcionar uno al personal de BGC para que lo mantenga en las instalaciones en todo momento, en caso de que su hijo lo necesite.

¿Puede su hijo NADAR? Si _____ No _____ Comentarios: _____

Se requerirá que todos los niños pasen una prueba de natación para el personal del Club antes de que se les permita nadar en el extremo profundo en las excursiones del Club.

Si su hijo tiene alguna dificultad física, mental o social conocida u otra información que pueda afectar la participación y / o para la cual se necesitan adaptaciones especiales, envíe por correo electrónico una declaración del médico que identifique la afección y proporcione instrucciones especiales del médico para el cuidado de su hijo.

La información anterior está completa--iniciales del personal: _____

Información del hogar:

Número de adultos en el hogar principal: _____

Número de jóvenes en el hogar principal, incluido el miembro: _____

Tamaño del hogar principal (**total los dos números anteriores**): _____¿Quién vive con un miembro en el hogar principal? Marque todo lo que corresponda. ____ Mamá ____ Papá
____ Mamá de paso ____ Papá de paso ____ Abuelo ____ Padre de crianza ____ Tutor legal Otro:

¿Hay algún miembro del hogar que esté sirviendo actualmente en el ejército?

Sí ____ No ____

¿Está participando actualmente en algún programa del gobierno federal o estatal?

Marque sí o no para todas las siguientes opciones.

TANF Si ____ No ____ | SSI Si ____ No ____ | Cupones para alimentos Si ____ No ____ | Almuerzo gratis /
reducido Si ____ No ____ | Las familias primero Si ____ No ____ | Cuidado infantil regulado Si ____ No ____ |

¿Cuántos adultos del hogar principal están empleados actualmente? _____

¿Desempleado / despedido? _____

¿En el colegio? _____

Nivel anual total de ingresos del hogar primario:*(Esta información es necesaria para subvenciones y otras fuentes de financiación, y para fines de becas. La información personal del hogar se mantiene confidencial y solo se informa en forma agregada, nunca por persona.)*

\$0-\$10,000 _____	\$35,001 - \$40,000 _____	\$65,001 - \$70,000 _____
\$10,001 - \$15,000 _____	\$40,001 - \$45,000 _____	\$70,001 - \$75,000 _____
\$15,001 - \$20,000 _____	\$45,001 - \$50,000 _____	\$75,001 - \$80,000 _____
\$20,001 - \$25,000 _____	\$50,001 - \$55,000 _____	\$80,001 - \$85,000 _____
\$25,001 - \$30,000 _____	\$55,001 - \$60,000 _____	\$85,001 - \$90,000 _____
\$30,001 - \$35,000 _____	\$60,001 - \$65,000 _____	\$90,001 - \$95,000 _____
		\$95,001 & up _____

La información anterior está completa--iniciales del personal: _____

Información adicional

Los niños que participan en BGC deben cumplir con los requisitos del plan y los recursos disponibles. Completar este formulario de solicitud no garantiza que su hijo pueda participar en el BGC, y dicha participación depende estrictamente del nivel de aceptación real comunicado por el BGC.

Aunque no podemos brindar atención personalizada a ningún niño en el programa, haremos todo lo posible para satisfacer las necesidades de los niños participantes a través de los recursos disponibles del programa. Si su hijo es aceptado, utilice la sección a continuación para contarnos más sobre su hijo para satisfacer mejor sus necesidades.

Marque todo lo que se aplique a su hijo:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> TDAH / hiperactividad | <input type="checkbox"/> Autismo |
| <input type="checkbox"/> Exposición a pandillas en la comunidad | <input type="checkbox"/> Depresión ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Exposición a la violencia en la comunidad | <input type="checkbox"/> Muestra baja autoestima |
| <input type="checkbox"/> Problemas de disciplina en la escuela | <input type="checkbox"/> Muestra desesperanza / falta de aspiraciones futuras |
| <input type="checkbox"/> Personas con discapacidad auditiva | <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad del habla / lenguaje | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down |
| <input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma | <input type="checkbox"/> Disléxico |
| <input type="checkbox"/> Exposición a drogas / alcohol en la comunidad | <input type="checkbox"/> Miembro (s) de la familia involucrados en el sistema penitenciario |
| <input type="checkbox"/> Ira / Comportamiento agresivo | <input type="checkbox"/> Malas calificaciones / riesgo de reprobación |
| <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> Víctima de delitos violentos |
| | <input type="checkbox"/> Dotados |
| | <input type="checkbox"/> Educación especial / Plan de educación individualizado (IEP) |
| | <input type="checkbox"/> Plan 504 |
| | <input type="checkbox"/> Discapacitado / Discapacidad física |
| | <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje |
| | <input type="checkbox"/> Necesita anteojos |

Comentarios / inquietudes / instrucciones adicionales para cuidar mejor a su hijo:

La información anterior está completa--iniciales del personal: _____

Contactos de emergencia / Plan de transporte

Nombre del niño/a: _____

Las siguientes personas tienen mi permiso para recoger a mi hijo en mi ausencia. DEBE figurar al menos UN contacto de emergencia que no sea el padre / tutor. ***

Entiendo que será necesario identificarlo correctamente. Los padres / tutores legales son responsables de inscribir a sus hijos. Si hay algún cambio en el contacto de emergencia / plan de transporte, el personal de BGC debe ser notificado por escrito de inmediato. A menos que estén en esta lista, no serán entregados a nadie más que al tutor legal bajo ninguna circunstancia.

1.Nombre _____
 Relación con el niño/a: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: ____
 CP: _____
 Teléfono de casa: _____
 Teléfono del
 trabajo: _____
 Teléfono
 celular: _____

2.Nombre: _____
 Relación con el niño/a: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: ____ CP: _____
 Teléfono de casa: _____
 Teléfono del
 trabajo: _____
 Teléfono
 celular: _____

3.Nombre: _____
 Relación con el niño/a: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: ____ CP: _____

Teléfono de casa: _____
 Teléfono del
 trabajo: _____
 Teléfono
 celular: _____

4.Nombre _____
 Relación con el niño/a _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: ____ CP: _____
 Teléfono de casa: _____
 Teléfono del
 trabajo: _____
 Teléfono
 celular: _____

**** Es su responsabilidad asegurarse de que recojan a su hijo a más tardar a las 6:00 pm. Si su hijo no es recogido antes de las 6:00 pm, haremos todo lo posible para comunicarnos con su otro contacto. Si no podemos comunicarnos con nadie en un tiempo razonable, no tendremos más remedio que llamar a las autoridades correspondientes.*

La información anterior está completa--iniciales del personal: _____



ALERTA del plan de transporte



Nombre del niño/a: _____

Las siguientes personas NO tienen mi permiso para recoger a mi hijo en mi ausencia.

El Club no permitirá, bajo ninguna circunstancia, que su hijo salga de las instalaciones con las personas que haya nombrado en esta página.

1.Nombre: _____

Relación con el niño/a: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Teléfono de casa: _____

Empleador: _____

Teléfono de empresa: _____

Teléfono celular: _____

2.Nombre: _____

Relación con el niño/a: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Teléfono de casa: _____

Empleador: _____

Teléfono de empresa: _____

Teléfono celular: _____

3.Nombre: _____

Relación con el niño/a: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Teléfono de casa: _____

Empleador: _____

Teléfono de empresa: _____

Teléfono celular: _____

4.Nombre: _____

Relación con el niño/a: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Teléfono de casa: _____

Empleador: _____

Teléfono de empresa: _____

Teléfono celular: _____

La información anterior está completa--iniciales del personal: _____

Dispensación del permiso y la liberación de medicamentos

Nombre completo del niño/a: _____

Fecha de nac.: _____

Lista de medicamentos e instrucciones de dosificación:

Medicación	Dosis
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Su firma a continuación autoriza al personal del Boys & Girls Club (BGC) a administrar cada medicamento requerido durante el tiempo que su hijo participa en el BGC. También acepta poner el medicamento en el frasco de prescripción correcto con la dosis correcta en la etiqueta. Los padres o médicos deben dar instrucciones de uso por escrito y deben mostrar a los empleados los procedimientos correctos de dispensación. Aunque, como padre, le ha mostrado al personal cómo dispensar el medicamento, su firma demuestra que comprende que el personal que dispensará el medicamento no tiene licencia en el campo médico, por lo que solo puede seguir las instrucciones escritas y certificadas. También comprende que el personal de BGC solo puede dispensar medicamentos de acuerdo con las instrucciones proporcionadas. Por lo tanto, si la dosis del medicamento o las instrucciones cambian, usted reconoce que es su responsabilidad notificar inmediatamente al personal de BGC sobre cualquier cambio en el medicamento. Su firma a continuación libera y mantiene indemne a Boys & Girls Clubs of South Central Tennessee, y a los miembros de la Junta de gobierno, funcionarios, empleados y agentes de y contra todas las reclamaciones, daños o pérdidas de cualquier naturaleza que surjan de o en conexión con o relacionado con la dispensación de medicamentos a mi hijo.

Firma de los padres: _____

Nombre impreso: _____

Fecha: _____

Iniciales que indican que el personal de BGC ha mostrado cómo dispensar la medicación:

Iniciales de los padres: _____ **Iniciales del personal:** _____

La información anterior está completa--iniciales del personal: _____

*** ¿ESTÁ SOLICITANDO AYUDA FINANCIERA? ***

___SI

Complete las siguientes 4 páginas.



___NO

Vaya a la página 13.



Solicitud de asistencia financiera

¡Gracias por inscribir a su (s) hijo (s) en Boys & Girls Clubs of South Central Tennessee! Nuestra misión es servir a TODOS los niños que nos necesitan, independientemente de los ingresos familiares. La asistencia financiera y las becas están disponibles a pedido de las familias que no puedan pagar el costo total del programa.

Para solicitar asistencia financiera, envíe la siguiente información:

1. Solicitud de asistencia financiera completa (complete en las páginas siguientes).

CORREO ELECTRÓNICO AL DIRECTOR DEL SITIO:

2. Una copia de su declaración federal de impuestos sobre la renta más reciente. Si no presenta el impuesto sobre la renta federal, llame al 1-800-TAX-FORM (1-800-829-1040) para la verificación de indocumentados, o visite IRS.gov para obtener más información.

3. Los dos recibos de pago más recientes o una carta de su empleador para verificar su trabajo e indicar su salario anual. Si está desempleado, recibe seguro social o es estudiante de tiempo completo, proporcione un resumen de sus beneficios de desempleo, el papeleo de SSI o la asistencia financiera y el horario del estudiante.

Marque todos los números de seguro social, números de identificación fiscal y / o números de tarjetas de crédito antes de enviar cualquier documentación. Las solicitudes deben presentarse con toda la documentación requerida. Las solicitudes incompletas no se pueden procesar. Toda la asistencia financiera se distribuye caso por caso, por orden de llegada. Envíe la documentación requerida por correo electrónico al Director del sitio correspondiente:

- **Pulaski Club:** Devon Yurko, dyurko@bgcsctn.org
- **Randolph Howell, Wayne Street Unit:** Carrika Tellington, ctellington@bgcsctn.org
- **Teen Center:** Haley Johnson, hjohnson@bgcsctn.org
- **Culleoka, Mt. Pleasant, Santa Fe, Hampshire, Woodard, Baker:** Dustin Laster, dlaster@bgcsctn.org
- **Marvin Wright, Spring Hill Elementary, Spring Hill Middle, Battle Creek Elementary, Battle Creek Middle:** Christian Wyatt, cwyatt@bgcsctn.org

La información anterior está completa--iniciales del personal: _____

Solicitud de asistencia financiera para Boys & Girls Clubs of South Central Tennessee

Boys & Girls Clubs of South Central Tennessee se compromete a hacer que nuestros programas sean aplicables a todos aquellos que se benefician de estos programas, independientemente de su capacidad de pago. Toda la ayuda financiera está disminuyendo en proporción a los ingresos y la demanda. Toda la información se mantiene confidencial.

Solicitante adulto primario: _____ **Fecha:** _____

Solicitud nueva _____ **Renovación** _____

Nombre _____

Fecha de nac. _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/CP _____

Teléfono _____

Celular _____

Email _____

Empleador _____

Ocupación _____

Duración del empleo _____

Segundo solicitante adulto: _____ **Fecha:** _____

Solicitud nueva _____ **Renovación** _____

Nombre _____

Fecha de nac. _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/CP _____

Teléfono _____

Celular _____

Email _____

Empleador _____

Ocupación _____

Duración del empleo _____

La información anterior está completa--iniciales del personal: _____

Solicitud de asistencia financiera para Boys & Girls Clubs of South Central Tennessee (continuación)

Cónyuge y dependientes que viven en el hogar (complételo por favor).

Los formularios de impuestos deben reflejar los que se enumeran a continuación.

Nombre	Empleador/Escuela	Fecha de nac.	Relación

¿Es este un hogar de un solo adulto? Si ____ No ____ No corresponde ____

Comparta por qué solicita asistencia financiera o cualquier otra información importante que crea que deberíamos conocer.

La información anterior está completa--iniciales del personal: _____

Solicitud de asistencia financiera para Boys & Girls Clubs of South Central Tennessee (continuación)

Por favor, detalle su ingreso familiar anual bruto. Se requiere documentación.

Tipos de ingreso	Su ingreso	Ingreso de la pareja	Otro ingreso
Sueldos, salarios y propinas	\$	\$	\$
Compensación por desempleo	\$	\$	\$
Compensación del Seguro Social	\$	\$	\$
Manutención de los hijos	\$	\$	\$
Ayuda para hijos dependientes	\$	\$	\$
Cupones de alimentos	\$	\$	\$
401 (k)	\$	\$	\$
Jubilación	\$	\$	\$
Pensión alimenticia	\$	\$	\$
Ingresos por préstamos escolares	\$	\$	\$
Subsidio de vivienda	\$	\$	\$
Otro	\$	\$	\$
EL INGRESO TOTAL ANUAL	\$	\$	\$

Envíe su Solicitud de asistencia financiera completa con lo siguiente:

1. Declaración de impuestos federales del año actual (Formulario 1040, páginas 1 y 2 solamente; o 1040EZ)
2. Copias de sus dos últimos talones de cheque de pago O una carta de su empleador indicando su salario anual
3. Copias de cualquier documentación de respaldo enumerada en los rubros de salario anual anteriores.
 NO presento una declaración de impuestos federal basada en las pautas de ingresos del gobierno federal.
 SI presento una declaración de impuestos federal basada en las pautas de ingresos del gobierno federal.

Las solicitudes recibidas sin la documentación anterior adjunta se devolverán sin procesar.

Garantizo que, a mi leal saber y entender, esta información es verdadera y completa. Autorizo al Boys & Girls Clubs of South Central Tennessee a verificar esta información. Si mi situación financiera cambia, acepto notificar a Boys & Girls Clubs of South Central Tennessee.

Firma de solicitante _____ Fecha _____

La información anterior está completa--iniciales del personal: _____

COVID-19 Reconocimiento del padre / tutor y liberación de responsabilidad

Sé que el COVID-19 es extremadamente contagioso y creo que se transmite principalmente a través del contacto de persona a persona. Como resultado, los gobiernos federales, estatales y locales, así como las agencias de salud pública, recomiendan mantenerse alejados de la sociedad y prohibir las reuniones de multitudes en muchos lugares. Sin embargo, necesito servicios de cuidado infantil y quiero que mi hijo participe en el programa "Boys and Girls Club".

Por lo tanto, solicito que mi hijo, _____, participe en el programa Boys & Girls Club ("BGC") en estricto cumplimiento de los Términos de participación (Términos) de BGC según lo revisé en el Manual para padres que aparece en www.bgcscn.org. Si bien de ninguna manera limito esos Términos, reconozco y acepto específicamente lo siguiente:

1. La participación en BGC puede causar la transmisión de lesiones o enfermedades a mis hijos (incluido, entre otros, COVID-19). La participación de mi hijo en esta actividad es voluntaria en todos los aspectos. Asumo todos los riesgos de propagación de enfermedades y lesiones (incluida la muerte), daños y pérdidas en nombre de mi hijo, mi familia y todos los terceros. Esto puede deberse a que mi hijo participó en el BGC.
2. Reconozco que es mi responsabilidad consultar con el médico de mi hijo (u otro proveedor médico apropiado) antes de que mi hijo participe en BGC. Si mi hijo necesita dispensar medicamentos durante el tiempo de participación de BGC, ya he completado el "Formulario de autorización de dispensación".
3. Reconozco que estoy obligado (a) a responder dentro de los treinta (30) minutos de la llamada y / o mensaje de texto enviado por BGC, y (b) si lo solicita el personal de BGC, yo (o en el paquete de solicitud de mi hijo) Recogeré a mi hijo dentro de los treinta (30) minutos posteriores a la solicitud.
4. Reconozco en nombre mío, de mi familia y de mis representantes personales liberar, indemnizar, defender y mantener el Sistema de Escuelas Públicas del Condado de Maury, el Sistema de Escuelas Públicas del Condado de Giles y Boys & Girls Clubs of South Central Tennessee, cada uno de sus gobernantes. Los miembros de la junta, funcionarios, empleados y agentes inofensivos de y contra todas las reclamaciones, daños o pérdidas de cualquier naturaleza que surjan de o en conexión con la participación voluntaria de mi hijo en BGC.
5. Mi hijo no tiene derecho a continuar participando en BGC bajo ninguna circunstancia; pero la premisa es que si mi hijo ya no puede usar BGC, BGC hará todo lo posible para proporcionar al menos veinticuatro (24) horas de anticipación. Sin embargo, si yo o mi hijo no podemos cumplir estrictamente con los términos de BGC (según lo determinado por el liderazgo de BGC), mi hijo terminará inmediatamente su participación en BGC. La decisión mía o de mi hijo de poner fin al incumplimiento es definitiva.
6. En caso de emergencia, autorizo a cualquier médico y / o personal médico a brindarle a mi hijo cualquier tratamiento necesario para su atención inmediata, y acepto que seré responsable de pagar todos los servicios médicos proporcionados en nombre de mi hijo bajo cualquier circunstancias.
7. Reconozco que Boys & Girls Club no es responsable por ninguna pérdida o robo de propiedad personal que se lleve a cualquier ubicación de BGC. Libero a BGC, incluidos los miembros de la Junta de gobierno, funcionarios, empleados y agentes, de cualquier responsabilidad relacionada con dicha pérdida o robo.

La información anterior está completa--iniciales del personal: _____

8. Reconocimientos, permisos y autorizaciones adicionales:
- a. Entiendo que se requiere vestimenta adecuada para mi hijo, adecuada para la escuela y la actividad física.
 - b. Por la presente otorgo al personal de BGC medidas de primeros auxilios para lesiones menores, que incluyen bolsas de hielo, antisépticos, vendas, ungüento antibiótico, ungüento para abejas (o el nombre genérico de cada uno) si se lesiona y / o proteger o transportar al niño para atención médica de emergencia. tratamiento Servicio de tratamiento. Haremos todo lo posible para comunicarnos conmigo o con mi contacto de emergencia. Por la presente autorizo el transporte a un centro médico y / o llamo a un médico para proporcionar los servicios médicos de emergencia necesarios.
 - c. Por la presente, doy permiso para que BGC utilice la imagen de mi hijo con fines de marketing y para promover la misión de BGC. No se compartirán apellidos ni información confidencial.
 - d. Por la presente, permito que mi hijo complete la investigación previa y posterior relacionada con el plan en el club. Como todos los registros de socios, esta información se mantendrá estrictamente confidencial y solo se utilizará para informar los resultados de la autorización de todo el club, sin la necesidad de proporcionar nombres de socios o información de identificación.
 - e. Por la presente doy permiso para que el Sistema Escolar del Condado de Giles / las Escuelas Públicas del Condado de Maury divulguen los registros educativos de mi hijo (Portal para Padres, AIMSweb, etc.) a BGC. Boys & Girls Clubs of South Central Tennessee utilizará estos registros con fines de tutoría, seguimiento del éxito académico e informes de subvenciones. Los resultados de la subvención solo se informarán para el Club en su conjunto, sin nombres de miembros ni información de identificación. Esta autorización de divulgación permanece vigente para el año escolar 2021-2022.
 - f. El personal de BGC mantendrá todos los archivos de los niños de manera confidencial. La información pertinente se puede compartir profesionalmente con un miembro del personal del Boys & Girls Club, un administrador de casos del Departamento de Servicios Humanos de Tennessee (si se ha iniciado una investigación legal) o el Sistema de Escuelas Públicas del Condado de Maury / Giles. Los archivos de todos los programas financiados en su totalidad o en parte por el Departamento de Educación de Tennessee o el Departamento de Servicios Humanos de Tennessee están disponibles para monitoreo y sujetos a auditoría por parte de la agencia de financiamiento. La comunicación de la información individual de los niños a personas o agencias distintas de las que se enumeran aquí requerirá la aprobación expresa por escrito del padre o tutor legal del niño. Estoy de acuerdo con la divulgación de información a las personas o agencias que se enumeran anteriormente. Entiendo que cualquier divulgación de información a personas o agencias distintas de las mencionadas anteriormente requerirá mi aprobación por escrito.
 - g. Entiendo que esta solicitud y todas las exenciones seguirán siendo válidas durante la duración del programa BGC. Entiendo que es nuestra responsabilidad archivar la información más reciente y precisa para el personal de BGC. Si hay algún cambio en mi información descrita en este paquete, acepto notificar al personal de BGC de inmediato.

La información anterior está completa--iniciales del personal: _____

- h. He leído todas las políticas para BGC detalladas en el Manual para padres publicado en www.bgcscn.org, incluidas las nuevas políticas vigentes para ayudar a prevenir la propagación de COVID-19, y certifico que yo y mi hijo cumpliremos todas esas políticas declaradas. Entiendo que no hacerlo puede resultar en la expulsión inmediata de mi hijo del programa BGC.
- i. Hasta donde yo sé, todas las tarifas deben pagarse antes de las 6:00 pm del viernes de la próxima semana. Entiendo que la falta de pago a tiempo resultará en cargos por pagos atrasados, y los retrasos continuos en el pago pueden resultar en la suspensión de los privilegios del club de mi hijo hasta que se paguen todos los cargos. Entiendo que si no se pagan mis cuotas, el puesto de mi hijo se reasignará a los miembros en la lista de espera.
- j. He leído y entiendo las exenciones de responsabilidad anteriores y acepto, como padre o tutor, cumplir con las políticas de BGC.
- k. Proporcionaré las siguientes notificaciones al personal de BGC INMEDIATAMENTE cuando ocurra cualquiera de las siguientes situaciones. Entiendo que no revelar honestamente las exposiciones o síntomas de COVID-19 puede resultar en la expulsión permanente del programa BGC:
- A mi hijo le hacen la prueba de COVID-19;
 - Mi hijo tiene un diagnóstico positivo de COVID-19;
 - Me hicieron una prueba de COVID-19;
 - Tengo un diagnóstico positivo de COVID-19;
 - Una persona que vive en mi hogar se somete a la prueba de COVID-19;
 - Una persona que vive en mi hogar tiene un diagnóstico positivo de COVID-19; y
 - Yo, un miembro de mi hogar o mi hijo tenemos un encuentro de contacto cercano (definido por los CDC como a menos de 6 pies de distancia durante 15 minutos o más) con alguien que ha dado positivo en la prueba de COVID-19.

He leído y entiendo completamente este Reconocimiento y Liberación de Responsabilidad establecidos anteriormente.

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

Nombre impreso del padre / tutor: _____

La información anterior está completa--iniciales del personal: _____