

# Departamento de Policia de Vacaville - Programas de Jovenes



Es importante que complete la solicitud entera.  
**Si tiene alguna pregunta, no dude contactarnos al  
 (707) 449-1859 o VacavillePAL@cityofvacaville.com**

## INFORMACION DEL MIEMBRO - Niño/a #1

Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:
Género:	Fecha de Nacimiento:	Apodo:
Origen étnico (Seleccione uno): Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/>	Raza (Seleccione uno): Blanca <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái y otras islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Indio Americano y Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Dos o más razas <input type="checkbox"/>	
Año Escolar:	Grado:	Escuela:

## INFORMACION DE SALUD MEDICA - Niño/a #1

Doctor:	Teléfono:
Hospital al que se debe transportar a su hijo/a si es necesario:	
Grupo de seguro:	
Condiciones de salud que debemos ser conscientes de (Asma, Alergias, etc.):	
Medicamentos que su hijo/a esté tomando:	
¿Su hijo/a tiene problemas de conducta o desarrolló? (Marque si es apropiado)	Autismo <input type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> ADD <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>
Por favor, explique cualquier otra inquietud o información que le gustaría que sepamos:	

## INFORMACION DEL MIEMBRO - Niño/a #2

Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:
Género:	Fecha de Nacimiento:	Apodo:
Origen étnico (Seleccione uno): Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/>	Raza (Seleccione uno): Blanca <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái y otras islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Indio Americano y Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Dos o más razas <input type="checkbox"/>	
Año Escolar:	Grado:	Escuela:

## INFORMACION DE SALUD MEDICA - Niño/a #2

Doctor:	Teléfono:
Hospital al que se debe transportar a su hijo si es necesario:	
Grupo de seguro:	
Condiciones de salud que debemos ser conscientes de (Asma, Alergias, etc.):	
Medicamentos que su hijo/a esté tomando:	
¿Su hijo/a tiene problemas de conducta o desarrolló? (Marque si es apropiado)	Autismo <input type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> ADD <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>
Por favor, explique cualquier otra inquietud o información que le gustaría que sepamos:	

## DOMICILIO DEL Niño/a

Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

**AUTORIZACION DE CAMINAR A CASA**

Aunque estén aconsejados a permanecer en un edificio supervisado, legalmente no podemos requerir a que se queden sus hijos. Es la responsabilidad del padre/guardián que determine si caminar a casa es un método apropiado de salida.

Seleccione uno:  Autorizo a mi(s) hijo(s) a caminar a casa  NO autorizo a mi(s) hijo(s) a caminar a casa

**COMUNICADO DE PRENSA**

Yo, autorizo al programa de PAL que mi hijo/a sean video grabados, fotografiados, o que sean partes de publicaciones por medio de redes sociales o eventos con el propósito de promover nuestro programa con la Ciudad de Vacaville.

Firma del Padre:

Fecha:

**INFORMACION DEL PADRE/GUARDIAN**

Contacto Primario:

Relación al Niño/a:

Numero de Celular:

Correo Electrónico:

Empleador:

Número del trabajo:

Contacto Secundario:

Relación al Niño/a:

Numero de Celular:

Correo Electrónico:

Empleador:

Número del trabajo:

**CONTACTOS DE EMERGENCIA**

Contacto #1:

Relación al Niño/a:

Teléfono:

Contacto #2:

Relación al Niño/a:

Teléfono:

**¿COMO ESCUCHO DE NUESTRO PROGRAMA? (Seleccione uno)**

Otro Miembro  Escuela  Amigo  Sitio de internet   
 Redes Sociales  Folleto  Centro de Recursos Familiares  Otro

**INFOMACION DEL HOGAR**

¿Deshabilitado?

Si

No

¿Hogar monoparental?  
(Solo 1 guardián en casa)

Si

No

¿El padre o guardián son  
activos en la militar?

Si

No

¿Califica su hijo para almuerzo  
escolar gratis o reducido?

Si

No

**INGRESO ANUAL DEL HOGAR**

Cuantos miembros de familia hay en el hogar (Seleccione uno):

1

2

3

4

5

6

7

8+

Marque la casilla que indica su ingreso anual (Seleccione uno):

<input type="checkbox"/>	\$24,462
<input type="checkbox"/>	\$32,958
<input type="checkbox"/>	\$41,454
<input type="checkbox"/>	\$49,950
<input type="checkbox"/>	\$58,446
<input type="checkbox"/>	\$66,942
<input type="checkbox"/>	\$75,438
<input type="checkbox"/>	\$83,934+

## ACUERDO DE RESPONSABILIDAD Y LIBERACIÓN MÉDICA E INDEMNIZACIÓN

En consideración para ser permitido por la ciudad de Vacaville ("Ciudad") para participar en el programa descrito o actividad ("Actividad"), yo renuncio, libero y descargo cualquier y todas las reclamaciones y daños personales de lesiones, muerte, o daño a propiedad que podemos sostener yo o mi hijo/a menor de edad o que puede ocurrir como resultado de mi participación en dicha actividad. Entiendo y acepto:

1. Esta liberación de cargos se pretende cumplir con anticipación a la Ciudad y sus agentes, funcionarios, empleados, contratistas, agentes y voluntarios ("Personal de la ciudad") de y contra toda responsabilidad que surja de o relacionados de alguna manera con mi participación en dicha actividad;
2. La participación en la Actividad puede ser peligrosa, extenuante o física y puede implicar interacción con otros participantes;
3. Participación en dicha Actividad puede implicar riesgo de lesiones graves, discapacidad o muerte, o daños a propiedad y pérdida, que puede resultar no sólo de acciones, omisiones o negligencia de cada participante, sino también de las acciones, omisiones o negligencia de otros, incluyendo las acciones, omisiones o negligencia u otra falla legal de la Ciudad o Personal de la ciudad, o de las condiciones de las instalaciones, equipos o áreas donde se lleva a cabo dicha Actividad, o de la falta de atención médica de emergencia ;
4. Conociendo los riesgos, yo voluntariamente solicito permiso para participar en dicha Actividad;
5. Yo asumo cualquier y todos los riesgos de lesiones, muerte, o daños a propiedad derivados de o relacionados de alguna manera con mi participación en dicha Actividad;
6. Yo libero, descargo y disuelvo a la Ciudad y todo el Personal de la ciudad por adelantado de y contra toda y cualquier responsabilidad, daño o daños derivados de o en relación con mi participación en dicha Actividad, o el fracaso por parte de la Ciudad o Personal de la ciudad para cumplir con las obligaciones relacionadas con dicha Actividad, a pesar de que esa responsabilidad, lesiones o daños pueden surgir por la negligencia u otra falla legal de la Ciudad o Personal de la ciudad;
7. Yo indemnizaré y dejo libre de cargo a la Ciudad y a todo el Personal de la ciudad de cualquier pérdida, responsabilidad, daño, costo o gasto, incluyendo litigios, que surjan de o estén conectados de alguna manera con mi participación en dicha Actividad;
8. En el evento que el participante es un menor de edad, el participante es expresamente autorizado a viajar por automóvil privado y/o vehículo de la Ciudad a y de todos los eventos y actividades que sea necesario si se relaciona con dicha Actividad, y la Ciudad y todo el Personal de la ciudad son liberados, dados de alta y absuelto de y contra cualquier y toda responsabilidad, lesión, o daño que surja de o conectado con dicho transporte;
9. Yo y/o cada niño menor de edad que aparece en esta aplicación están en buena salud y no tienen ninguna condición física que impida la participación segura en dicha Actividad; Estoy de acuerdo en informar inmediatamente al coordinador o al supervisor de la actividad cualquier condición insegura observada por mí y/o lesión incurrida por mí y/o mi niño menor de edad;
10. En caso de que el participante sea menor de edad y requiera tratamiento médico o quirúrgico cuando este bajo la supervisión del Personal de la ciudad en relación con dicha Actividad, el Personal de la ciudad podrá autorizar el tratamiento;
11. Entiendo que la Ciudad no ofrece seguro médico para el tratamiento de la enfermedad o lesión y que cualquier costo del tratamiento será a mi costo. Entiendo que el lugar de dicha Actividad o la naturaleza de la lesión o enfermedad pueden requerir el uso de servicios médicos de emergencia. Yo libero, descargo y absuelvo a la Ciudad y todo el Personal de la ciudad de cualquier y toda responsabilidad, lesión, o daño que surja de o relacionada con el uso de tales servicios médicos;
12. Yo reconozco que la Actividad no es guardería según lo definido por el Estado de California;
13. Yo entiendo que el Personal de la ciudad puede fotografiar o grabar en video a mí y mi hijo/a menor de edad y que la Ciudad puede utilizar tales fotografías o videos para promover actividades y programas de la Ciudad. Yo permito expresamente y renuncio a cualquier objeción a, la Ciudad fotografiando o grabándome a mí o mi hijo/a menor de edad cuando participan en la Actividad. Entiendo que todas las fotos y videos seguirán siendo propiedad única y exclusiva de la Ciudad de Vacaville;
14. Yo entiendo y acepto que este acuerdo de liberación e indemnización pretende ser tan amplio e inclusivo como lo permita la ley de California, y que si cualquier porción de esta autorización y el acuerdo no es válida, el resto mantendrá en pleno vigor y efecto;
15. este acuerdo de liberación e indemnización deberá ser efectivo y astringente para mí y mis herederos, familia, parientes, guardianes, conservadores, ejecutores, administradores, y depositares.

**YO E LEIDO CUIDADOSAMENTE ESTE ACUERDO DE INDEMNIZACIÓN Y LIBERACIÓN Y COMPRENDO BIEN SU CONTENIDO. SOY CONSCIENTE DE QUE SE TRATA DE UNA LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y UN CONTRATO ENTRE YO Y LA CIUDAD DE VACAVILLE. YO VOLUNTARIAMENTE ESTOY DE ACUERDO DE CADA UNO DE LOS TÉRMINOS Y DISPOSICIONES Y FIRMO ESTE ACUERDO DE LIBERACIÓN E INDEMNIZACIÓN POR MI PROPIA VOLUNTAD.**

Imprima el nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

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

Firma Del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

## CIUDAD DE VACAVILLE

### RESPONSABILIDAD Y LIBERACION MÉDICA Y ACUERDO DE INDEMNIZACION de Coronavirus/Covid-19

El nuevo coronavirus, COVID-19, ha sido declarado una pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud. **COVID-19 es extremadamente contagioso** y se cree que se transmite principalmente por contacto de persona a persona. Como resultado, los gobiernos federales, estatales y locales, y las agencias de salud federal y estatal, recomiendan el distanciamiento social y en muchos lugares y circunstancias han prohibido la congregación de grupos de personas.

La **Ciudad de Vacaville** ("Ciudad") ha puesto en marcha medidas preventivas para reducir la propagación de COVID-19; sin embargo, la Ciudad **no puede garantizar** que usted o sus hijos no se infecten con COVID-19. Además, **asistir a los programas de la ciudad podría aumentar** su riesgo y el de su hijo(s) de contraer COVID-19.

Al firmar este acuerdo, reconozco la naturaleza contagiosa de COVID-19 y asumo voluntariamente el riesgo de que mi hijo(s) y yo podamos estar expuestos o infectados con COVID-19 al asistir a programas, actividades y eventos de la Ciudad y que dicha exposición o la infección puede resultar en lesiones personales, enfermedad, discapacidad permanente y muerte. Entiendo que el riesgo de estar expuesto o infectado con COVID-19 en los programas, actividades y eventos de la Ciudad puede resultar de las acciones, omisiones o negligencia de mí mismo, mis hijos y otros, incluyendo, entre otros, empleados de la ciudad, funcionarios, agentes, voluntarios y otros participantes y sus familias.

Acepto voluntariamente asumir todos los riesgos anteriores y acepto la responsabilidad exclusiva por cualquier daño a mi 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 hijo(s) podamos experimentar o incurrir en relación con la asistencia o participación de mi hijo(s) en programas, actividades y eventos ("Reclamaciones") de la Ciudad. En mi nombre y en nombre de mi hijo(s), por la presente libero, descargo y absuelvo a la Ciudad sus empleados, funcionarios, agentes, voluntarios y representantes de y de las Reclamaciones, incluyendo todas las responsabilidades, reclamaciones, acciones, daños, costos o gastos de cualquier tipo que surjan o estén relacionados. Entiendo y acepto que este comunicado incluye cualquier Reclamo basado en las acciones, omisiones o negligencia de la Ciudad, sus empleados, funcionarios, agentes, voluntarios y representantes, ya sea que ocurra una infección por COVID-19 antes, durante o después de la participación en cualquier programa, actividad o evento de la ciudad.

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

Nombre del padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Firma del padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Nombre(s) del Participante Menor: \_\_\_\_\_