

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:
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:
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: _____