

CITY OF PASSAIC
MAYOR HECTOR C. LORA
DEPARTMENT OF RECREATION & CULTURAL AFFAIRS
CITY HALL
330 PASSAIC STREET
PASSAIC, NJ 07055-5815

Joe Colon, Recreation Supervisor
973-365-5525/5630
FAX 973-365-5567

“After-School Special” & “Friday Night Special”
(TIENEN QUE SER RESIDENTE DE LA CIUDAD DE PASSAIC)

El Departamento de Recreación ofrece programas gratis de calidad que han sido premiados para niños y adultos que viven en la Ciudad de Passaic y que han asistido clases en salones separados/tener una discapacidad. Tenemos una proporción baja de estudiante a personal. Los dos programas (explicado seguidamente) han sido hecho posible gracias a fondos estatales y locales. También ofrecemos transportación de ida y vuelta al programa.

El **“After-School Special”** (programa después de la escuela) es diseñado para niños entres 8-16 años de edad. El programa ofrece natación, bolos, proyectos de artes, y instrucciones de deportes y se lleva a cabo dos veces por semana de 4:30pm – 6:00pm. Durante el año escolar los niños son recogidos todos los miércoles y viernes por la tarde. El horario cambiara durante los meses de verano.

El **“Friday Night Special”** (programa de los viernes) es diseñado para jóvenes y adultos que han estado recibiendo clases en educación especiales. El programa se lleva acabo todos los viernes de 5:00pm – 10:00pm. Los clientes preparan comidas, toman parte en proyectos de artes y juegos, y regularmente disfrutan de excursiones de cines y galerías de tiendas. Viajes son planificados frecuentemente a eventos como el circo y juegos de baloncesto profesionales.

Favor de completar la aplicación adjunto y devuelva lo más pronto posible (en persona o por correo) a la dirección anotado arriba (Atención: Sr. Joe Colon). Su niño/adulto será puesto en una lista de espera y usted será contactado por nuestra oficina con una confirmación de aceptación tan pronto que un cupo este disponible. Si usted tiene alguna pregunta, favor de llamar al Sr. Colon al 973-365-5551 o al Departamento de Recreación al 973-365-5525 o 973-365-5630.

Sinceramente,

Joe Colon

Supervisor de Recreación

After school Special" & "Friday Night Special"

(Programa especial después de escuela y viernes por la noche)

Aplicación

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Escuela _____ Maestra _____

Dirección _____ Teléfono _____

Padre/Madre o Guardián _____ # del Trabajo _____
(Letra del Molde Solamente)

de Celular _____ Otro # _____

Contacto de Emergencia _____ Como Relacionado _____

Teléfono _____ Otro # _____

Por favor tenga en cuenta que los niños debe ser capaz de vestirse y usar el baño por sí mismo.

No administramos medicamentos a los participantes. Por favor asegúrese de que todos los medicamentos necesarios son administrados en casa antes de la recogida del participante.

¿Usa el niño/a o adulto una silla de rueda? _____ ¿Refuerzos Ortopédicos? _____ ¿O cualquier otro medio de refuerzos para el movimiento? _____

Describe la discapacidad de su hijo. _____

¿Puede el niño o adulto vestirse y usar el baño solo? _____

Describe la discapacidad de su niño o adulto. _____

Describe la capacidad de comunicación y el hablar del niño/a o adulto. _____

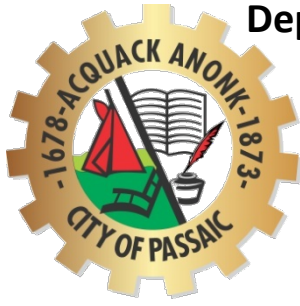
¿Qué es la manera más efectiva de animar el niño/a o adulto? _____

Su niño/a o adulto estarán envueltos activamente en corriendo, natación, bolos, bailes, viajes, excursiones, instrucciones de deportes, y proyectos de arte. Si hay alguna actividad en la cual el/ella no puede tomar parte por razones médicas, favor de anotarlos:

El Participante/Padre(s)/Guardián confirma que él niño/a (o adulto) esta físicamente en condiciones de participar en el deporte/actividad. Yo estoy de acuerdo que no responsabilizare a la municipalidad, otras agencias/miembros, o empleados asociados, de algún accidente o golpe que se pueda enfrentar con la participación o presencia en un deporte/actividad.

Yo doy permiso para que mi niño/a (o adulto) pueda tomar parte en el Programa Especial del Departamento de Recreación de Passaic y sus actividades.

Firma del Padre/Madre/Guardian: _____ Fecha: _____



Departamento de Recreación y Asuntos Culturales

330 Passaic St., Passaic NJ 07055

(973) 365-5525

INFORMACION PARA HUD

Favor de leer y complete.

Padre/Guardián:

El programa la cual usted está solicitando es financiado por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de Estados Unidos (HUD). La información que se solicita se utiliza para la financiación, con fines estadísticos y para supervisar el cumplimiento legal.

No discriminamos sobre la base de raza, ascendencia, color, religión, origen nacional, sexo (incluyendo la orientación sexual), condición médica, discapacidad o edad, en cualquiera de nuestras políticas, procedimientos o prácticas.

Apellido del Niño/a: _____ Primer Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____

Número de Teléfono: _____

1. Por favor seleccione:

☐ No-Hispano

☐ Latino/Hispano

2. Por favor seleccione:

☐ Nativo Americano/Nativo de Alaska

☐ Afroamericano

☐ Asiático

☐ Blanco

☐ Nativo Americano/Afroamericano

☐ Afroamericano/
Blanco

☐ Asiático/
Blanco

☐ Otro multirracial

3. Cantidad de adultos en el hogar _____

4. ☐ Ama de casa

5. Cantidad de niños en el
hogar _____

6. Total de Ingresos Familiares

\$

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

¿Tiene el participante una discapacidad?

☐ Si ☐ No

Certifico que toda la información en este formulario es verdadera y correcta. Entiendo que mis declaraciones están sujetas a verificación y de cualquier declaración falsa por mí será causa suficiente para el rechazo de esta solicitud. También entiendo que esta declaración puede ser verificada por la Ciudad de Passaic o por el Gobierno Federal.

Firma del Padre/Guardián

Fecha

“Afterschool Special” & “Friday Night Special” Historia de Salud

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____
Dirección _____ Teléfono _____
Padre/Madre o Guardián _____ # del Trabajo _____
(Letra de Molde Solamente)
de Celular _____ Otro # _____
Contacto de Emergencia _____ Como Relacionado _____
Telefono _____ Otro # _____
Compañía de Seguro Medico _____ # de la Póliza _____



AUTORIZACIÓN MEDICO COMPLETADO POR EL DOCTOR SOLAMENTE

Family Doctor _____ Office # _____
Address _____
Dietary Restrictions _____

Has the child/adult ever experienced or is being treated currently for any of the following:

☐ Physical Handicap	☐ Joint Pain	☐ Fainting	☐ Motion Sickness
☐ Visual Disturbance	☐ Kidney Disease	☐ Diabetes	☐ Wears glasses/contact lens
☐ Skull Fracture	☐ Heart Trouble	☐ Rheumatic Fever	☐ Other _____
☐ Concussion	☐ Seizure/Convulsion	☐ Mononucleosis	☐ Other _____
☐ Hearing Loss	☐ Surgery	☐ Hepatitis	☐ Allergy _____
☐ Stomach Pain	☐ Asthma	☐ Nose Bleeds	_____

Is the child/adult currently taking medication? Yes _____ No _____ If yes, Please list all medications, dosage, and reason for medication. (Attach separate sheet if necessary.)

Should this child/adult's activities be restricted for any reason? Yes _____ No _____ If yes, Please explain:

I have examined this child/adult and have determined that he/she is able to participate in the Passaic Recreation Special Program and its activities.

Doctor's Signature _____ Date _____