

## Lista de Registración

- |       |  |                          |
|-------|--|--------------------------|
| I.    | Formulario de inscripción                                | <input type="checkbox"/> |
| II.   | Formulario de Ingreso                                    | <input type="checkbox"/> |
| III.  | Verificacion de Direccion (Fractura de agua, luz, gas)   | <input type="checkbox"/> |
| IV.   | Verificacion de Ingresos (Talones de Cheques por un mes) | <input type="checkbox"/> |
| V.    | Forma de Politicas y Procedimientos                      | <input type="checkbox"/> |
| VI.   | Contrato del Manual para Padres                          | <input type="checkbox"/> |
| VII.  | Tarjeta de Emergencia                                    | <input type="checkbox"/> |
| VIII. | Actividades y Formulario de Transporte                   | <input type="checkbox"/> |
| IX.   | Forma de permiso para tomar fotos al Cliente             | <input type="checkbox"/> |
| X.    | Forma de Excursiones a pie en el Campo/Parque            | <input type="checkbox"/> |
| XI.   | Forma de Estacionamiento                                 | <input type="checkbox"/> |
| XII.  | Tarjeta I.D  | <input type="checkbox"/> |



**Office Use Only:**

Low: \_\_\_\_\_ Reg: \_\_\_\_\_

CDBG: \_\_\_\_\_ CSBG: \_\_\_\_\_

232 West Clary Ave., San Gabriel, CA 91776

Tel: (626)309-0425 ext.105

Fax: (626)309-0362

|  |
|--|
| <b>Office use only:</b> _____ ACE _____ ELT _____ TLCC _____ FNC _____ <b>1:1 Tutoring</b> |
| _____ <b>1:1 Tutoring</b> _____ BB _____ SAT _____ Chinese _____ ACE _____ ACC             |

**Informacion de Estudiante:**

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

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

Telefono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Hombre: \_\_\_\_\_ Mujer: \_\_\_\_\_

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

Anos en Estados Unidos \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_

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

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

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

Telefono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Hombre: \_\_\_\_\_ Mujer: \_\_\_\_\_

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

Anos en Estados Unidos \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_

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

**Informacion de Padres:**

Nombre de Padre: \_\_\_\_\_

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

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ingresos: \_\_\_\_\_ por hora/semana/mes

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

Domicilio de Empleador: \_\_\_\_\_

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

Nombre de Madre: \_\_\_\_\_

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

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ingresos: \_\_\_\_\_ por hora/semana/mes

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

Domicilio de Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electornico: \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia:**

1) Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Relacion al Estudiante: \_\_\_\_\_

**Consentimiento Medico:**

Si es necesario para mi hijo (a) para recibir tratamiento médico durante su participación en el programa de fin de semana, doy permiso a la agencia y al médico a utilizar su criterio para proporcionar el tratamiento médico apropiado para mi hijo (a). Por la presente renuncio a todos los derechos financieros sobre el Centro Juvenil de Asia o sus empleados no debería ser una carga financiera como resultado de mi hijo (s) para el tratamiento médico. En caso de que el tratamiento médico es necesario, consulte mi hijo (a) a:

Nombre de Doctor: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Mi hijo (a) tiene las siguientes condiciones médicas especiales y / o alergias a medicamentos específicos: \_\_\_\_\_

Firma de Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA**

El abajo firmante, como padre / tutor legal, \_\_\_\_\_ un menor, autoriza al director o su designado, en cuyo cuidado el estudiante ha sido confiada, a dar su consentimiento para cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, tratamiento y / o atención hospitalaria que se presta a los estudiantes en el consejo de cualquier médico y / o dentista. Se entiende que esta autorización se otorga antes de cualquier diagnóstico requerido, el tratamiento o la atención hospitalaria y proporciona la autoridad y el poder para el Centro Asiático de la Juventud para dar consentimiento específico a cualquier y todos los que el diagnóstico, el tratamiento o la atención hospitalaria que un médico con licencia o dentista que considere necesarias. Esta autorización se concede de acuerdo con la Sección 49407 del Código de Educación de California, y permanecerá en vigencia hasta que sea revocada por escrito y entregadas al Centro Juvenil de Asia. Entiendo que el Centro Juvenil de Asia, su tutor y su personal no se hacen responsables de cualquier naturaleza en relación con el transporte de los estudiantes. Entiendo, además, que todos los gastos de transporte paramédico, hospitalización, y cualquier examen de rayos X, o el tratamiento proporcionado en relación con esta autorización será mi responsabilidad como padre / tutor del estudiante.

Firma Del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**ALERTAS DE SALUD** - Lista de alguna condición médica que limite la actividad física o si requiere una atención especial. Incluya enfermedades como el asma y las alergias, como maní y picaduras de abeja. Si no indicar ninguna.

¿Tiene el estudiante seguro de salud? (Marque uno)  Sí  No Si "sí":  seguro médico privado   
 Medi-Cal Healthy Families

Medi-Cal/Healthy Families NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE PERVADO DEL SEGURO DE SALUD:

NUMERO DEL GRUPO:

NOMBRE PERVADO DEL SEGURO:  
(Si es cubierto por más de un plan)

NUMERO DEL GRUPO:

NOMBRE DEL DOCTOR / CLÍNICA:

NUMERO DE TELEFONO DE DOCTOR/CLINICA:

MI HIJO /A/ ES ALERGICO A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:

MI HIJO /A/TIENE ACTUALMENTE los siguientes medicamentos:

CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y COMPRENDIDO ESTE FORMULARIO Y HACER PRESENTE CINCO MI AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA, Y QUE TODA LA información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta.

Firma del Padre: \_\_\_\_\_ 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 CSBG (Community Services Block Grant) 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 CSBG (Consulte CSBG umbral de pobreza, \_\_\_\_\_)

Las calificaciones serán informados 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 encuestión 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 Render sobre el tercer paso si es necesario.

#### **III. Paso tres - Llamamiento 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.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma Directora de Educación

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Contrato de Manual de los Padres

Favor de firmar y fechar el Contrato de Manual para Padres y devolverlo a un miembro de AYC tan pronto como sea posible. Gracias por tomarse el tiempo y consideración para leer este manual. He recibido un manual para los padres, y seré responsable de leer y seguir sus reglas. También entiendo que el manual de los padres establece claramente los derechos que tengo como padre de familia y los derechos que tiene mi hijo como estudiante.

Firma del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Consentimiento de de las Actividades y Transporte

Doy permiso para que una mi hijo (a) a participar en las actividades programadas por el Asian Youth Center. Voy a ser notificado de estas actividades.

Entiendo que el Centro Asian Youth proporcionará el transporte para mi hijo (a) durante las actividades al aire libre programadas por el Centro Asian Youth. Por la presente renuncio a todos los reclamos contra el Centro de la Juventud asiática y sus empleados debido a accidentes o lesiones durante el servicio. Además, voy a recordar a mi hijo (a) a seguir las reglas de transporte. Si mi hijo (a) no siguen las reglas, el Centro Asian Youth tiene el derecho de dejar de prestar el servicio de transporte para mi hijo (s).

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Estacionamiento:

Por favor, vea los mapas adjuntos para los espacios de estacionamiento asignadas para los edificios 100 y 232. El San Gabriel Centro de negocios ha hecho arreglos con una compañía de remolque para implementar y regular las manchas. Todos los vehículos estacionados ilegalmente serán remolcados a costa del propietario. Si su vehículo no aparece, póngase en contacto lo antes posible con 626.257.0711. Todos los visitantes AYC y clientes deben estacionarse en la calle. Los padres pueden utilizar los espacios de estacionamiento 5 minutos para recoger y dejar a los estudiantes. Por favor no deje a sus estudiantes desde un vehículo en marcha. Siempre estacionese para dejar a los estudiantes.

\_\_\_\_\_  
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

## Consentimiento para excursiones a pie

Doy permiso para que una mi hijo (a) a participar en las excursiones de campo programadas por el Asian Youth Center. Voy a ser notificado de estas actividades. (Es decir, caminar excursiones a Smith Park)

Yo entiendo que: La clase de mi hijo puede estar tomando paseo corto (s) a una distancia razonable a pie de AYC. El tutor (s) a cargo del viaje asumirá la responsabilidad de proporcionar cuidado razonable para todos los estudiantes que toman el viaje. Al firmar abajo, doy permiso para que mi hijo participe en excursiones a pie de campo durante todo el año escolar.

Entiendo que el Asian Youth Center proporcionará cuidado segura y razonable para mi hijo (a) durante actividades de senderismo programadas por el Asian Youth Center. Por la presente renuncio a todos los reclamos contra el Asian Youth Center y sus empleados debido a accidentes o lesiones durante el servicio. Además, voy a recordar a mi hijo (a) a seguir las reglas y normas de seguridad para peatones. Si mi hijo (a) no siguen las reglas, el Asian Youth Center tiene el derecho de dejar de prestar los paseos a pie para que mi hijo (s).

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

**FORMULARIO DE ADMISIÓN  
DEL CLIENTE**

**Información del cliente**

Nombre: \_\_\_\_\_ Hombre: \_\_\_\_\_ Mujer: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Nivel Escolar: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

|  |
|--|
| <b>Antecedentes Raciales:</b>  |
| <b>Categorías individuales:</b>  |
| <input type="checkbox"/> Los indios americanos / nativos de Alaska             |
| <input type="checkbox"/> Asiático  |
| <input type="checkbox"/> Negro / Afro Americano                                |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / Islas del Pacífico                  |
| <input type="checkbox"/> Blanco  |
| <b>Categorías dobles:</b>  |
| <input type="checkbox"/> Americano Indígenas / nativos de Alaska y Blanco      |
| <input type="checkbox"/> Asiático Y Blanco                                     |
| <input type="checkbox"/> Negro o africanos americanos y blancos                |
| <input type="checkbox"/> Americano O nativos de Alaska y Negro o afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Otro Para individuos no identificados anteriormente   |
| <b>Origen étnico:</b>  |
| <input type="checkbox"/> No Hispano / Español / Latino                         |
| <input type="checkbox"/> Mexicano / México Americano / Chicano                 |
| <input type="checkbox"/> Puerto Rico   |
| <input type="checkbox"/> Cubano  |
| <input type="checkbox"/> Otro Latino / Español / Latino                        |

Firma del  
Padre: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Fec  
ha: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

.....  
**PARA USO  
EXCLUSIVO  
DEL**

|   |
|---|
| <b>Vivienda:</b>                                    |
| <input type="checkbox"/> Dueño de casa              |
| <input type="checkbox"/> Rentor de casa             |
| <b>Seguro Médico :</b>                              |
| <input type="checkbox"/> Si                         |
| <input type="checkbox"/> No                         |
| <b>Procedimientos de Quejas<br/>proporcionado:</b>  |
| <input type="checkbox"/> Si                         |
| <input type="checkbox"/> No                         |
| <b>Información del Hogar:</b>                       |
| <input type="checkbox"/> jefatura femenina          |
| <input type="checkbox"/> hombre jefe de familia     |
| <input type="checkbox"/> Familia con Madre y Padre  |
| <input type="checkbox"/> Otro                       |
| <input type="checkbox"/> Número total de la familia |
| <b>CSBG</b> _____                                   |
| <b>CDBG</b> _____                                   |
| <b>CALWORKS</b> _____                               |

**PERSONAL**

**Información de los ingresos de la familia**

Ingresos extremadamente bajos

Bajos Ingresos

Ingresos moderados

Ingresos moderados

**Información de admisión**

Fecha de admisión \_\_\_\_\_

Censo de Residencia \_\_\_\_\_

Tipo de documentación proporcionado \_\_\_\_\_

Fecha de alta \_\_\_\_\_