



EL FORMULARIO PARA SOLICITAR Y INSCRIBIRSE EN HORIZONS

*Las áreas marcadas con un * son obligatorias*

Nombre del padre/madre/guardián(a) * _____

Nombre del padre/madre/guardián(a) * _____

Correo electrónico de los padres/guardianes _____

Teléfono para padres/guardianes * ((xxx) xxx-xxxx) _____

Por favor, agregue el nombre/apellido de su hijo(a) y agregue su fecha de nacimiento a continuación. Si tiene varios niños(as) para registrarse, complete un formulario para cada niño(a).

Nombre del estudiante* _____

Por favor ingrese el nombre completo del niño(a) como se ve en su cartilla escolar

Apellido del estudiante* _____

Por favor ingrese el apellido completo del niño como se ve en su cartilla escolar

Fecha de nacimiento del estudiante* (dd/mm/aa) _____

Nombre del afiliado* _____

Nombre del lugar* _____

Registro

Nombre del (la) estudiante* _____

Por favor ingrese el nombre completo del niño(a) como se ve en su cartilla escolar

Segundo nombre del (la) estudiante _____

Apellido del (la) estudiante* _____

Por favor ingrese el apellido completo del niño como se ve en su cartilla escolar



Nombre preferido del (la) estudiante _____

Género del (la) estudiante* _____

Fecha de nacimiento del (la) estudiante* (dd/mm/aa) _____

Ciudad de nacimiento del (la) estudiante _____

Estado de nacimiento del (la) estudiante _____

(Lugar de nacimiento del estudiante en EE.UU u otro país. Especifique el estado en EE.UU y el país .)

Hispano/Latino* (circule uno) Sí / No

Raza* (circule uno)

1. Indio Norte o Sur Americano o Nativo de Alaska
2. Asiático
3. Negro o afroamericano
4. Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico
5. Blanco
6. Dos o más razas
7. Otro

Idioma primario _____

Idioma en el hogar _____

Dirección* _____

Ciudad* _____

Estado* _____

Código postal* _____

Teléfono del estudiante _____

Correo electrónico del (la) estudiante _____



Información de la Escuela

Grado actual* _____

Escuela actual* _____

Educación especial* (circule uno) Sí / No

¿Alguna vez el(la) solicitante ha sido inscrito(a) o tutorizado(a) en un programa especial en la escuela (diferencia de aprendizaje, dotado(a) y talentoso(a), recursos, etc.)?

Almuerzo gratis o a bajo costo* (circule uno) Sí / No

¿El(la) solicitante es elegible para el almuerzo gratuito o reducido en la escuela que asiste?

Información Familiar

Padre/Madre/Guardián(a) 1 _____

Esta persona debe ser el padre/guardián que vive con el(la) estudiante

Título de guardián(a) 1 _____

Guardián 1 nombre* _____

Guardián(a) 1 segundo nombre _____

Guardián(a) 1 apellido* _____

Guardián(a) 1 sufijo _____

Guardián(a) 1 género _____

Guardián(a) 1 estado civil _____

Guardián(a) 1 nivel de educación más alta* (circule uno)

1. Escuela primaria
2. Algunos estudios en la escuela secundaria
3. GED u otro diploma de equivalencia
4. Escuela secundaria
5. Programa de certificados
6. Escuela vocacional
7. Algunos estudios universitarios



8. Certificado de asociado
9. Licenciatura
10. Algunos estudios de posgrado
11. Diploma postgrado

Guardián(a) 1 relación con el (la) estudiante* (circule uno)

1. Tía
2. Padre
3. Abuelo
4. Abuela
5. Madre
6. Padraastro/Madrastra
7. Tío
8. Otro _____

Guardián(a) 1 teléfono* ((xxx) xxx-xxxx) _____

Teléfono secundario guardián(a) 1((xxx) xxx-xxxx) _____

Guardián(a) 1 correo electrónico* _____

Guardián(a) 1 empleador _____

Guardián(a) 1 título/posición _____

Guardián(a) 1 dirección comercial _____

Guardián(a) 1 dirección comercial ciudad _____

Guardián(a) 1 estado de dirección comercial _____

Guardián(a) 1 dirección comercial código postal _____

Padre/Madre/Guardián(a) 2

Título de guardián(a) 2 _____

Guardián(a) 2 nombre* _____

Guardián(a) 2 segundo nombre _____



Guardián(a) 2 apellido* _____

Guardián(a) 2 sufijo _____

Guardián(a) 2 género _____

Guardián(a) 2 estado civil _____

Guardián(a) 2 nivel más alto de educación* (circule uno)

1. Escuela primaria
2. Algunos estudios en la escuela secundaria
3. GED u otro diploma de equivalencia
4. Escuela secundaria
5. Programa de certificados
6. Escuela vocacional
7. Algunos estudios universitarios
8. Certificado de asociado
9. Licenciatura
10. Algunos estudios de posgrado
11. Diploma postgrado

Guardián(a) 2 relación con el (la) estudiante* (circule uno)

1. Tía
2. Padre
3. Abuelo
4. Abuela
5. Madre
6. Padrastro/Madrastra
7. Tío
8. Otro _____

Guardián(a) 2 vive con estudiante (circule uno) Sí / No

Teléfono guardián(a) 2* ((xxx) xxx-xxxx) _____

Teléfono secundario guardián(a) 2((xxx) xxx-xxxx) _____



Guardián(a) 2 correo electrónico _____

Dirección del guardián 2 _____

Guardián(a) 2 ciudad _____

Guardián(a) 2 estado _____

Guardián(a) 2 código postal _____

Nombre del empleador del guardián(a) 2 _____

Guardián(a) 2 título/posición _____

Dirección comercial de guardián(a) 2 _____

Guardián(a) 2 Dirección comercial ciudad _____

Estado de dirección comercial de guardián(a) 2 _____

Guardián(a) 2 Dirección comercial código postal _____

La Familia

Ingreso familiar anual* (circule uno)

- \$0-\$23,107
- \$23,108-\$31,284
- \$31,285-\$39,461
- \$39,462-\$47,638
- \$47,639-\$55,815
- \$55,816-\$63,992
- \$63,993-\$72,169
- \$72,170-\$80,346
- >\$80,346 (por favor escriba en los ingresos a continuación)
\$ _____

Número de personas que viven en el hogar* _____

Actualmente asiste a un programa de Horizons (circule uno) Sí / No



Número de hermanos(a)* (circule uno y complete la siguiente sección para cada hermano(a) ingresado(a))

Por favor, circule el número de hermanos(a) y complete su información a continuación. Si hay más de 4 hermanos, solo ingrese información para los 4 hermanos con más probabilidades de asistir a Horizons.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

Sibling 1

Hermano (a) 1 nombre* _____

Hermano (a) 1 apellido* _____

Hermano (a) 1 fecha de nacimiento* _____

Hermano (a) 1 género _____

Hermano (a) 1 Horizontes estudiante* (circule uno) Sí / No

Hermano (a) 1 alumno de Horizons* (circule uno) Sí / No

Hermano(a) 1 vive con el estudiante (circule uno) Sí / No

Información de Emergencia

Contacto de Emergencia 1

Complete la siguiente sección para cada contacto de emergencia. Se deben introducir al menos 2 contactos de emergencia.

Contacto de emergencia 1 título _____

Emergencia contacto 1 con el nombre* _____

Emergencia contacto 1 con apellido* _____

Contacto de emergencia 1 sufijo _____

Contacto de emergencia 1 género _____



Contacto de emergencia 1 vive con el (la) estudiante*(circule uno) Sí / No

Contacto de emergencia 1 relación con el (la) estudiante* (circule uno)

1. Tía
2. Familia
3. Amigo
4. Abuelo
5. Abuela
6. Hermano
7. Padrastro/Madrastra
8. Tío
9. Otro _____

Contacto de emergencia 1 dirección _____

Contacto de emergencia 1 ciudad _____

Contacto de emergencia 1 estado _____

Contacto de emergencia 1 código postal _____

Contacto de emergencia 1 teléfono* ((xxx) xxx-xxxx) _____

Contacto de emergencia 1 teléfono secundario((xxx) xxx-xxxx) _____

Contacto de emergencia 1 correo electrónico _____

Contacto de Emergencia 2

Contacto de emergencia 2 título _____

Emergencia contacto 2 nombre* _____

Emergencia contacto 2 con apellido* _____

Contacto de emergencia 2 sufijo _____

Contacto de emergencia 2 género _____

Contacto de emergencia 2 vive con el (la) estudiante (circule uno) Sí / No

Contacto de emergencia 1 relación con el (la) estudiante (circule uno)



1. Tía
2. Familia
3. Amigo
4. Abuelo
5. Abuela
6. Hermano
7. Paso-Padre
8. Tío
9. Otro _____

Dirección de contacto de emergencia 2 _____

Contacto de emergencia 2 ciudad _____

Contacto de emergencia 2 estado _____

Contacto de emergencia 2 código postal _____

Contacto de emergencia 2 teléfono* ((xxx) xxx-xxxx) _____

Contacto de emergencia 2 teléfono secundario((xxx) xxx-xxxx) _____

Contacto de emergencia 2 correo electrónico _____

Información Médica y Adicional

Médica

Alergias/condición médica* (circule uno) Sí / No

Detalles de alergia/condición médica (obligatorio si marcarste sí arriba, escriba en el espacio que se proporciona a continuación)



Medicamentos regulares* (circule uno) Sí / No

Lista de medicamentos actual (obligatorio si marcarste sí arriba, escriba en el espacio que se proporciona a continuación)

¿Toma medicamentos de venta libre? (circule uno) Sí / No

¿Puede Horizons administrar medicamentos de venta libre a su hijo? (circule uno) Sí / No

Detalles de la administración de venta libre (obligatorio si es así arriba, escriba en el espacio que se proporciona a continuación)

Nombre del médico(a)* _____
(si no se conoce, ingrese desconocido)

Dirección del médico(a)* _____
(si no se conoce, ingrese desconocido)

Ciudad del médico(a)* _____
(si no se conoce, ingrese desconocido)

Estado del médico(a)* _____

Código postal del medico(a)* _____
(si no se conoce, ingrese desconocido)

Hospital Preferido de médico(a) _____
(si no se conoce, ingrese desconocido)



Proveedor de seguros de salud* _____
(requerido, pero si no se sabe, ingrese desconocido)

Número de póliza de seguro* _____
(obligatorio, pero si no se conoce, ingrese desconocido)

Número de grupo de seguros* _____
(obligatorio, pero si no se conoce, ingrese desconocido)

Nombre del titular de la póliza de seguro* _____
(obligatorio, pero si no se conoce, ingrese desconocido)

Número de contacto de la póliza de seguro _____
(obligatorio, pero si no se conoce, ingrese desconocido)

Información Adicional

¿Participa el (la) estudiante en actividades extraescolares? (circule uno) Sí / No

Detalles de las actividades extraescolares (escriba en el espacio a continuación)

¿Sabe el niño(a) a nadar? * (circule uno) Sí / No

Tamaño de la camisa* (circule uno)

1. X- Pequeño (juvenil)
2. Pequeño (joven)
3. Medio (jóvenes)
4. Grande (jóvenes)
5. X-Grande (juvenil)
6. XX-Grande (jóvenes)
7. X- Pequeño (adulto)
8. Pequeño (adulto)



9. Medio (adulto)
10. Grande (adulto)
11. X-Grande (adulto)
12. XX-Grande (adulto)

¿Cómo se enteró de Horizons? (circule uno)

1. Personal escolar
2. Padre/madre/guardián(a) de Horizons
3. Estudiante de Horizons
4. Personal de Horizontes
5. Miembro del consejo de Horizons
6. Pariente
7. Amigo(a)
8. Volante
9. Anuncio
10. Esfuerzo de reclutamiento en su vecindario
11. Departamento de Servicios Sociales
12. Otro

Acuerdos y permisos

Registros Escolares Anuales*

Doy permiso a Horizons para que libere los registros de mi hijo(a), incluyendo evaluación, desempeño académico, asistencia y disciplina, con la escuela de mi hijo(a). Este permiso para divulgar información debe estar en vigor siempre y cuando mi hijo(a) esté inscrito en Horizons. Soy consciente de que puedo revisar o desafiar cualquier registro o información antes de su publicación. Toda la información y materiales de cualquier tipo intercambiados durante este proceso serán confidenciales y no serán revelados a mi hijo(a) o a mi familia. Entiendo que para que la escuela de mi hijo(a) comparta información con Horizons, tendré que completar el papeleo requerido con la escuela y/o el distrito escolar de mi hijo(a). Entiendo que sin esta versión seré responsable de compartir cualquier información relacionada con la escuela con Horizons, y acepto hacerlo.

_____ De acuerdo

_____ No estoy de acuerdo



Excursiones*

Doy permiso para que mi hijo(a) participe en todas las actividades del programa, incluyendo la evaluación académica y de salud, y los viajes fuera de las instalaciones de la escuela. Doy permiso a Horizons para que mi hijo(a) participe y sea transportado a excursiones, natación y otros eventos especiales que tienen lugar durante el programa de verano y las actividades del año escolar. Por la presente libero a Horizons y a sus socios de la responsabilidad ante mí o ante mi hijo(a) por cualquier pérdida o daño sufrido por mí o por mi hijo(a) debido a una lesión a mi hijo(a) mientras está en Horizons, durante cualquier actividad de Horizons, o mientras es transportado hacia y desde Horizons.

_____ De acuerdo

_____ No estoy de acuerdo

Autorización de Foto*

Autorizo que las fotos de mi hijo(a) que fueron tomadas durante Horizons, citas de los comentarios de mi hijo(a), la obra de arte de mi hijo(a), el trabajo de proyecto y la escritura de mi hijo(a) sean reproducidas para su uso en medios de comunicación, publicaciones y recaudación de fondos, por Horizons y sus socios.

_____ De acuerdo

_____ No estoy de acuerdo

Uso de Internet*

Doy permiso para que mi hijo(a) use el Internet en Horizons y por la presente libero a Horizons y a la escuela anfitriona de cualquier responsabilidad asociada.

_____ De acuerdo

_____ No estoy de acuerdo

Reglas de Asistencia*



Entiendo que debo cumplir con las reglas de asistencia establecida por Horizons. Entiendo que, si no cumplo con las reglas de asistencia, entonces se le puede pedir a mi hijo(a) que abandone Horizons.

_____ De acuerdo

_____ No estoy de acuerdo

Aviso de Transporte*

Si los planes de transporte de mi hijo(a) hacia y desde Horizons cambian por cualquier motivo, o si mi hijo(a) será recogido temprano, o por alguien que no sea el guardián(a), proporcionaré la información por escrito, antes de la hora de transporte.

_____ De acuerdo

_____ No estoy de acuerdo

Cambio de Información de Contacto*

Notificaré a la oficina de Horizons inmediatamente si mi familia y/o la información de contacto de emergencia cambian, incluyendo el número de teléfono, dirección, correo electrónico o cambios escolares.

_____ De acuerdo

_____ No estoy de acuerdo



Liberación Médica*

En caso de enfermedad o problema de salud, Horizons notificará al (la) padre/madre/guardián(a). El padre/madre/guardián(a) se encargará de que el (la) niño(a) sea recogido del programa tan pronto como sea posible, si Horizons lo solicita. Informaré a Horizons dentro de las 24 horas o al siguiente día después de que mi hijo(a) o cualquier miembro(a) del hogar inmediato sea diagnosticado(a) con una enfermedad transmisible reportable, según lo definido por el Departamento de Estado o la Junta de Salud y según lo informado por un profesional médico, excepto por enfermedades potencialmente mortales que deben ser reportadas inmediatamente. En caso de emergencia, Horizons notificará al padre/madre/guardián(a) tan pronto como sea posible. En caso de una emergencia grave o potencialmente mortal, Horizons y sus representantes tienen mi permiso para organizar la atención de emergencia y para organizar el transporte al hospital más cercano (atención y transporte de ambulancias). El hospital y su personal tienen mi permiso para proporcionar cualquier tratamiento que se considere necesario para la seguridad y el bienestar de mi hijo(a). Si deseo retirar este consentimiento, notificaré a Horizons por escrito y expresaré mis razones para retirar el consentimiento.

_____ De acuerdo

_____ No estoy de acuerdo

Uso Compartido de Datos*

Entiendo que Horizons ocasionalmente compartirá datos no identificados (sin nombres o información de identificación personal sobre un estudiante) con sus socios. Horizons conservará cualquier información que pueda conducir a la identificación de un estudiante fuera de estos conjuntos de datos. Entiendo que Horizons proporcionará un formulario de liberación de datos antes de compartir cualquier dato de identificación personal. Horizons siempre seguirá los requisitos de la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA) en la protección de los datos educativos y seguirá los requisitos de la Ley de Responsabilidad de privacidad de la información de salud (HIPAA) en la protección de los datos médicos. Entiendo que puedo ponerme en contacto con Horizons con cualquier pregunta sobre sus políticas y prácticas de datos.

_____ De acuerdo

_____ No estoy de acuerdo



Padre/madre/guardián(a) 1- firma* _____

Fecha de firma P1* _____

Padre/ Guardián 2- firma _____

Fecha de firma P2 _____