

# A LIVING LIBRARY®

Solicitud para "A.L.L. ECO-Stewards", Primavera, 2014  
 en el Centro de Recreación y Parque de St. Mary  
 95 Justin Dr. en Murray, SF, CA, 94110 (415) 206-9710  
 (llene una forma por cada estudiante)

Primer Nombre \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_  
 Grado Actual (si es aplicable) \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ No. De Teléfono \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
 Código Postal \_\_\_\_\_  
 Escuela \_\_\_\_\_  
 Maestro \_\_\_\_\_  
 ¿Ha asistido al Programa de "A Living Library"/ "A.L.L. Student Stewards"?  No  Si  
 ¿Cuándo y donde? \_\_\_\_\_

### Información Estadística Sobre la Familia

Esta información es confidencial, para uso estadístico y para satisfacer los requisitos de la agencia que supe los fondos para el programa. **Por favor escoja cual raza y grupo étnico mejor describe al estudiante:**

Etnicidad del Estudiante: \_\_\_\_\_  
**African:**  Afro Americano  African Other \_\_\_\_\_  
**Asiático:**  Chino  Filipino  Indian  Japonés  Coreano  Loaitiano  Tailandés  Vietnamita  
 Asiático de otro origen: \_\_\_\_\_  
**Hispano/Latino:**  México/Mexicano  Centro Americano  Sud-Americano  Caribeño  
 Hispano de otro origen: \_\_\_\_\_  
**Medio Oriente:**  Árabe  Iraní  Medio Oriente de otro origen \_\_\_\_\_  
 Nativo de América  Nativo de Alaska  
**Islas del Pacifico:**  Gua manían  Hawaiian  Tongan  Samoano  Otra de las Islas Del Pacifico: \_\_\_\_\_  
 Blanco  Ruso  Multi-Racial/ Multiétnico  Otra origen (no incluido en esta lista) \_\_\_\_\_  
 Idioma hablado en la casa: \_\_\_\_\_  
**Fluidez de Ingles:**  Fluido  No Fluido  Algo Fluido  
**País de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
**Gay/Lesbiana/Bisexual:**  Sí  NO

### Todos son bienvenidos

Ofrecemos servicios pensando en estudiantes con todo tipo de habilidades

¿Necesita su hijo una acomodación razonable para participar en este programa?  Sí  NO  
 Su hijo o algún miembro de su familia en su hogar es elegible para beneficios de:  TANF  JTPA  
 Estampillas de comida  SSI  Medi-Cal  
 ¿Alguna vez has estado sin hogar?  Sí  NO  
 ¿Cómo se vive en una vivienda pública?  Sí  NO  
 ¿Ha participado en CalWORKS?  Sí  NO  
 ¿Creciste en cuidado de crianza?  Sí  NO  
 ¿Es usted un padre adolescente?  Sí  NO

### Información De Los Padres o Encargado

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Información en caso de Emergencia**

Por favor anote el nombre y teléfono de personas que pueden ser contactadas en caso de una emergencia. Adjunte lista de contactos adicionales si es necesario.

Nombre \_\_\_\_\_  
Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_  
Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Información Médica**

Seguro Medico ( ) Si ( ) No. Nombre del proveedor de seguro \_\_\_\_\_

Numero de póliza \_\_\_\_\_

Nombre del Médico de la Familia \_\_\_\_\_

Teléfono del medico \_\_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_\_

Su hijo sufre de (alergias, asma, condición del corazón, usa anteojos, ataques convulsivos, diabetes, problemas del oído, etc.)

[ ] Si [ ] No

Por favor explique \_\_\_\_\_

¿Toma su hijo algún medicamento durante el día? [ ] Si [ ] No

Por favor explique que medicamento \_\_\_\_\_

**Convicciones/Acciones Disciplinarias**

¿Alguna vez ha sido objeto de una acción disciplinaria académica o no académica, ha suspendido o expulsado de la escuela?

[ ] SÍ [ ] NO

En caso afirmativo, por favor explique \_\_\_\_\_

¿Ha sido usted alguna vez condenado por cualquier violación de leyes locales, estatales o federales?

[ ] SÍ [ ] NO

En caso afirmativo, por favor explique \_\_\_\_\_

Tenga en cuenta, eres solicitud será considerada si responde "sí" a las preguntas anteriores

Por la presente, certifico, que la declaración en la solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que esta información está sujeta a verificación solo por oficiales HUD (Vivienda y Desarrollo Urbano)/MOCD.

**Firma del Padre/Encargado** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

El niño bajo mi cuidado, \_\_\_\_\_, (nombre y apellido) tiene mi permiso para trabajar con Life Frames, Inc., y SF Recreation & Parks Department este verano en el Centro de Recreación y Parque de St. Mary, y el *Bernal Heights Living Library Nature Walk*.

**Entiendo que mi hijo o hija, o el estudiante bajo mi cuidado:**

- Será la plantación de árboles y plantas nativas de California en el *Bernal Heights Living Library Nature Walk*, mantendrá las áreas plantadas, y aprender sobre la ciencia y el medio ambiente.
- Podría regresar a casa con ropas y zapatos sucias de trabajo en el suelo del jardín y el paisaje.
- Va a trabajar con el *Living Library Nature Walk* cada lunes, miércoles y viernes de 1:00 PM - 5:30 PM desde 9 de junio 2014 hasta el 18 de agosto de 2014.



**A.L.L. ECO-STEWARDS INTERNSHIP (Verano 2014)**

**CONTRATO Y FORMA DE DESCARGO DE RESPONSABILIDAD**

Yo \_\_\_\_\_ (escriba su nombre completo aquí), la presente reconozco que estoy participando voluntariamente en el programa "A.L.L. ECO-Stewards" proporcionado por *Life Frames, Inc.*, una corporación sin fines de lucro de California.

ACUERDO DE MANTENER INDEMNEMENTO LIFE FRAMES, INC. Y SF RECREATION & PARKS DEPARTMENT (SFRPD), DURANTE CUALQUIER ACCIDENTE DE CUALQUIER PARTE DEL PROGRAMA DE POSIBLES LESIONES PERSONALES O DAÑOS A LA PROPIEDAD A MÍ O MIS FAMILIARES, SI TAMBIÉN SON PARTICIPANTES.

Entiendo que vamos a trabajar con diversas herramientas, equipos y materiales, y que puede haber un riesgo de lesiones debido a circunstancias imprevistas. Yo entiendo que los sitios de jardín y los alrededores no pueden estar seguros de que están libres de defectos. También entiendo que, además de los riesgos mencionados anteriormente, puede haber acontecimientos impredecibles que podrían estar involucradas en esta actividad.

También certifico que estoy física y mentalmente apto para participar en estas actividades y no me han aconsejado de otra manera por personal médico calificado.

Doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico de emergencia, que pueda considerarse apropiado en caso de lesión, accidente y / o enfermedad durante su participación en este programa.

ENTIENDO PERFECTAMENTE LO ANTERIOR Y TANTO EXIMO LIFE FRAMES, INC. Y SFRPD, Y ESTOY DE ACUERDO EN ACEPTAR TODOS LOS RIESGOS - INCLUYENDO LESIONES PERSONALES, RESPONSABILIDAD, O DAÑOS A LA PROPIEDAD.

**Estoy de acuerdo, en la medida de mis posibilidades, a participar en este programa de forma segura y cortés.**

**Nombre y firma del Participante:** \_\_\_\_\_

**Nombre y firma del Padre/Encargado:** \_\_\_\_\_

Esta publicación tiene por objeto cumplir con antelación, Life Frames, Inc., SFRPD, o cualquiera de sus representantes designados o agentes respectivos de los mencionados anteriormente, de y contra cualquier y toda responsabilidad que surja de o relacionados de alguna manera con mi participación en este proyecto.

Por otra parte, yo estoy de acuerdo que yo, mis herederos y cesionarios no harán reclamación contra, demandar, adjunte propiedad de, o juzgar Life Frames, Inc., SFRPD, o cualquier otro representante designado o el agente respectivo de los mencionados anteriormente, por lesiones o daños resultantes de la negligencia activa o pasiva, descuido o cualquier otro acto que pueda resultar de mi participación en este programa.

**Firma del Participante** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Encargado** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_