

La fecha limite es el 21 de Mayo



Application Received: _____

Greater Wyoming Valley Area YMCA POWER SCHOLARS ACADEMY™ Application

El YMCA Power Scholars Academy™ está abierto a estudiantes actuales en grados: Bear Creek Community Charter School K-3, Wilkes-Barre Area School District K-6, Hanover Area 1-4, y Wyoming Valley West K-3. Por favor complete la siguiente información para cada niño que está solicitando para inscribirse en el programa. Las solicitudes incompletas no serán procesadas. Gracias.

Nombre del Académico # 1 : _____

(Por favor imprimir) Última Primero Medio

Fecha de nacimiento: (mm / dd / aaaa) ____ / ____ / ____ Género: (circule uno) M F
 Grade completado en junio de 2021: _____ Escuela actual: _____
 Teléfono de la casa del erudito: _____ Teléfono celular: _____ Otro teléfono: _____
 Dirección del hogar del estudiante / dirección postal: _____

Nombre del Académico # 2 : _____

(Por favor imprimir) Última Primero Medio

Fecha de nacimiento: (mm / dd / aaaa) ____ / ____ / ____ Género: (circule uno) M F
 Grade completado en junio de 2021: _____ Escuela actual: _____
 Teléfono de la casa del erudito: _____ Teléfono celular: _____ Otro teléfono: _____
 Dirección del hogar del estudiante / dirección postal: _____

Nombre del Académico # 3 : _____

(Por favor imprimir) Última Primero Medio

Fecha de nacimiento: (mm / dd / aaaa) ____ / ____ / ____ Género: (circule uno) M F
 Grade completado en junio de 2021: _____ Escuela actual: _____
 Teléfono de la casa del erudito: _____ Teléfono celular: _____ Otro teléfono: _____
 Dirección del hogar del estudiante / dirección postal: _____

Padre custodio / tutor # 1 : _____

(Por favor imprimir) Nombre de pila Apellido Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Relación con el becario: _____ ¿Contacto de emergencia / permitido para recoger? Si _____ no _____
 Domicilio: _____
 Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Otro teléfono: _____
 Dirección de correo electrónico: _____

Padre custodio / tutor # 2 : _____

(Por favor imprimir) Nombre de pila Apellido Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Relación con el becario: _____ ¿Contacto de emergencia / permitido para recoger? Si _____ no _____
 Domicilio: _____
 Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Otro teléfono: _____
 Dirección de correo electrónico: _____

Contacto de emergencia adicionales Primer apellido	Relacion hacia el niño	Dirección	Celular / Otro teléfono	Permitido para recoger?
1.				Si no ____
2.				Si no ____
3.				Si no ____

Salida Infantil: Doy permiso al YMCA para liberar a mi hijo como se indica en el formulario de inscripción. Entiendo que cualquier cambio a esta información debe enviarse por adelantado y por escrito a la oficina del programa. Si hay una pregunta acerca de con quién se irá mi hijo a casa, se mantendrá a mi hijo en el programa, se me notificará y seré responsable de recogerlo.

_____ firma de padres/tutor _____ fecha

Determinación de ingresos (No dejar en blanco): ¿Está trabajando? ___ Sí ___ No, **¿trabajas?** ___ Full-Time ___ Part-Time

Por favor liste a todos los miembros de su hogar				
Nombre de los familiares	Ingreso Bruto Anual (Ganar del trabajo <u>antes de las deducciones</u>)	Bienestar, manutención de los hijos, pensión alimenticia	Pensiones, jubilación, seguridad social, SSI, Beneficios de VA	COMPROBAR SI NO HAY INGRESOS
EJEMPLO: JANE SMITH	\$ 200.00 / por semana	\$ 150.00 / dos veces al mes	\$ 100.00 / Mensual	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

¿Está inscrito actualmente su hijo?

	___ No ___ Si	dónde: _____	horas allí: _____	#1	#2	#3
Cuidado de la escuela antes				___	___	___
Cuidado después de la escuela				___	___	___
Programa de SHINE				___	___	___

Información de origen étnico:

Por favor marque uno agrupe que su niño / niños **más** i dentify con:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Caucásico / Blanco | <input type="checkbox"/> Afroamericano / negro |
| <input type="checkbox"/> Hispano / Latino | <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo , isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Asiático |
| <input type="checkbox"/> Dos o más | |

Idioma secundario que se habla en casa : _____

Idioma principal hablado en casa:

- inglés
 Español
 Otro, especifique _____

Servicios especiales: indique cuál de sus hijos es:

	___ Si ___ No	# 1	# 2	# 3
Is your child eligible for ELL services?		___	___	___
¿Su hijo participa en servicios de ELL?		___	___	___
¿Tiene su hijo un IEP?		___	___	___
¿Su hijo tiene un trabajador de TSS?		___	___	___
¿Puede su hijo nadar sin un chaleco salvavidas o asistencia de un adulto?		___	___	___

¿Su hijo / hijos tiene alguna necesidad especial? discapacidades del desarrollo o físicas, que debemos tener en cuenta , por favor describa ?

Niño /camiseta de los niños Tamaño/ s? Por favor - **No se** necesitan **camisetas holgadas** , 1 por niño

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Joven X Pequeño | <input type="checkbox"/> Juventud pequeña | <input type="checkbox"/> Medio juvenil | <input type="checkbox"/> Juvenil grande |
| <input type="checkbox"/> Adulto Pequeño | <input type="checkbox"/> Medio Adulto | <input type="checkbox"/> Adulto grande | <input type="checkbox"/> Adulto X grande |

¿Te gustaría ser voluntario del programa de alguna de las siguientes maneras? (Se requerirán todas las verificaciones de antecedentes penales necesarias)

- ___ Embajador principal (ayuda con el reclutamiento académico y la promoción del programa)
 ___ Ayudante en el aula
 ___ Asistente de desayuno
 ___ Asistente de almuerzo
 ___ Chaperona de viaje

___ Tengo un talento / interés especial y puedo proporcionar una actividad de enriquecimiento. Explica :

Información de salud :	Por favor indique cuál de sus hijos :	#1	#2	#3
¿Su hijo toma algún medicamento?	_____Yes _____No	_____	_____	_____
¿Los medicamentos se tomarán en Power Scholars Academy?	_____Yes _____No	_____	_____	_____
Nombre de la medicación::	_____ Efectos secundarios : _____	_____	_____	_____
Nombre de la medicación::	_____ Efectos secundarios : _____	_____	_____	_____
Nombre de la medicación::	_____ Efectos secundarios : _____	_____	_____	_____
Nombre de la medicación::	_____ Efectos secundarios : _____	_____	_____	_____

Si se toman medicamentos durante POWER SCHOLARS ACADEMY™, se le pedirá que complete un Formulario de consentimiento de medicación y que proporcione una orden del médico al inscribirse.

¿Tiene su hijo / hijos alergias, restricciones de dieta o alertas de salud que debemos tener en cuenta? # 1 ____ # 2 ____ # 3 ____
En caso afirmativo, explique (incluida la reacción y el tratamiento necesarios si su hijo se expone al alérgeno) :

¿Fuiste a Power Scholars Academy en 2021? Si No

En caso afirmativo, por favor, comente sobre cualquier impacto Power Scholars Academy tenido en su hijo académico o de otro tipo.

Ensayo de inscripción: por favor , envíanos un mensaje , en oraciones de 3 a 5 , ¿por qué su hijo / hijos se beneficiarían al participar en la Academia Power Scholars de YMCA este verano ? ¿Tiene él / ella talentos o intereses especiales? ¿Alguna necesidad especial o cosas que necesitan mejorar? (**Responda esta pregunta en una parte muy importante de esta solicitud . La solicitud se considerará incompleta si se deja en blanco**)

Asistencia : la asistencia a Power Scholars Academy es muy importante. Su hijo / hijos no disfrutarán de los beneficios y ganancias que se esperan si no asisten regularmente. Por favor firme abajo para indicar su comprensión de este requisito.

Entiendo que la asistencia en la YMCA POWER SCHOLARS ACADEMY™ es muy importante para mi hijo / hijos . Prometo que si mi hijo / hijos son aceptados que voy a prometer para asegurarse de que ella / él / ellos asisten s sobre una base regular.

Nombre de padre / tutor

Vea la siguiente pagina de la direccion para devolver la solicitud.

iPrisa! No te pierdas: el espacio es limitado. Las aplicaciones se procesarán a medida que lleguen. Si el programa se demora, se dará prioridad a los estudiantes con la mayor necesidad académica. Las cartas de aceptación se le enviarán por correo postal en mayo. La provisión del programa y la participación de los estudiantes dependen de los fondos disponibles.

Las solicitudes están disponibles en el sitio web de YMCA: www.WVYMCA.org y en la oficina de la escuela.

Presente la solicitud completa a más tardar el viernes 21 de mayo de 2021 .

Email: Jennifer.Brennan@wvymca.org

Correo o traiga a:
Jennifer Brennan
Wilkes-Barre Family YMCA
40 West Northampton Street
Wilkes-Barre, PA 18701

POR FAVOR, NO DEVUELVA LAS APLICACIONES AL MAESTRO O ESCUELA DE SU HIJO.