



GREATER WASHINGTON

Kid Power, Inc.
755 8th Street NW
Washington, DC 20001
www.kidpowerdc.org
facebook.com/kidpowerdc
@kidpowerdc (twitter)
info@kidpowerdc.org
202.383.4543 (p)
202.347.6360 (f)
United Way 7215
CFC 76384

Queridos estudiantes y padres de Kid Power,

Esto puede ser el mejor verano de tu vida! Le cordialmente invitamos a participar en la Academia Liderazgo Estival de Kid Power. Para todos los participantes tienen que ser **estudiantes presentemente entre los grados 6 a 8 que viven en DC** el programa será **gratis**. En la Academia Liderazgo Estival tendrás la oportunidad de:

- ✓ Ir en excursiones increíbles y nadar!
- ✓ Jugar juegos divertidos mientras aprendes!
- ✓ Aprender a cocinar comida deliciosa y trabajar en el jardín!
- ✓ Practicar las matemáticas y la lectura con maestros públicos de DC!
- ✓ Hacer nuevos amigos!
- ✓ Ganar habilidades de liderazgo!

OTROS DETALLES:

Ubicación: Jefferson Academy, 801 7th St SW, Washington, DC
Fechas: Días de jugos de trabajo en equipo para estudiantes será lunes 27 de junio y viernes 1 de julio; el programa será 5 de julio al 5 de agosto
Días: lunes a viernes
Horas: 9:30 de la mañana hasta las 4 de la tarde

Si su hijo/a es seleccionado para participar en este programa estival, usted recibirá una llamada del personal de Kid Power. Prioridad será para aquellos estudiantes que son participantes en Kid Power ahora o estudiantes que ya han participado en el programa estival y tienen una historia de comportamiento positivo. **Padres de TODOS los participantes estivales DEBEN reportar a cualquiera fecha de orientación del 17 de junio u el 24 de junio entre las 12 y 5 de la tarde en la oficina central de Kid Power ubicado al: 755 8th St. NW.** Es obligatorio que usted venga a nuestra oficina a cualquiera hora dentro de unos de estos dos sesiones. La orientación y registración durará entre 30 - 60 minutos aproximadamente y su presencia asegurará que usted y su hijo/a tienen toda la información necesaria para tener la la mejor experiencia este verano. Por favor tenga en cuenta que su hijo NO podrá participar en la Academia Liderazgo Estival si usted no asiste uno de esos dos fechas.

En adición, **su hijo/a necesitará una tarjeta de DC One Card para poder participar en la Academia Liderazgo Estival de Kid Power.** Usted necesitará mostrar esta tarjeta en la orientación obligatoria.

Por favor completa cada uno de las páginas adjuntas (delante y detrás) para registrar a su hijo/a en el programa y usa cualquiera de las siguientes maneras para regresarlas:

- Escanearlas y mandarlas por correo electrónico a annad@kidpowerdc.org
- Mandarlas por correo a Kid Power, 755 8th St. NW, Washington DC 20001
- Mandarlas por fax: 202-347-6360 (attn: Kid Power)
- Ponerlas en el sobre grande amarillo de Kid Power en cualquiera de las oficinas escolares que son asociadas con Kid Power (Barnard, Houston, Jefferson, LaSalle-Backus, Malcolm X, Sousa, o Stanton).

Sinceramente,
Anna Davis
Directora Asistente del Programa



APLICACIÓN ESTUDIANTIL SECUNDARIA 2016 A LA ACADEMICA LIDERAZGO ESTIVAL

Apellido(s): _____ Nombre(s): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Distrito: _____

DCPS ID # del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: _____ Lenguaje en Casa: _____ Raza/Origen étnico: _____

Escuela actual: _____ Grado que cursa: _____

Apellido del Padre/Madre: _____ Nombre del Padre/Madre: _____

Dirección del Padre/Madre (si es diferente a la del niño): _____

Teléfono Celular: _____ Segundo Número Telefónico _____

Correo Electrónico: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación al Estudiante: _____

Teléfono del Contacto de Emergencia: _____

Adulto(s) autorizado(s) a recoger a su hijo(a) del programa: _____

Escriba todas las necesidades de salud mental, físicas, o médicas de su hijo(a) que requieran atención especial: _____

Escriba los medicamentos que su hijo(a) toma con regularidad: _____

Escriba todas las alergias de comida: _____

¿Da permiso que su hijo(a) reciba asistencia médica en caso de una emergencia? Sí _____ No _____

DECLARACIÓN DE PADRE/TUTOR

Por este medio doy permiso para que mi hijo(a) participe en todas las actividades conducidas por el programa, incluso actividades educativas en el sitio local, actividades de artes visuales en el sitio (escolar) local, viajes de estudios y actividades artísticas y educativas fuera del sitio (escolar) local, y actividades deportivas realizadas en el Instalaciones del Departamento de Parques y Recreación y/o DCPS. Concedo permiso adicional para que mi hijo(a) 1) pueda aparecer ya sea en persona o en voz, en presentaciones de vídeo o fotografía para radio no comercial, televisión, medios publicitarios o Internet, en informes y/o campaña(s) de medios que resulten de la participación en este programa y sus actividades, 2) pueda completar encuestas confidenciales o anónimas, y 3) participe en entrevistas con fines de evaluación. Entiendo que si mi hijo(a) no es recogido en el sitio local a las 4:30 P.M., él/ella puede ser llevado a la Oficina de Protección al Menor y Servicios de Emergencia para la Familia localizada en 400 Sixth Street, SW; (202) 671-SAFE.

Firma _____ Parentesco: _____
Padre/Madre/Tutor

Fecha: _____

Continua en el reverso

DECLARACION DEL PADRE/TUTOR

Al firmar este documento, le doy permiso a lo siguiente:

1. Mi hijo/a tiene el derecho a participar en todas las actividades conducidas por el programa, incluyendo las actividades educativas y recreaciones en el sitio local, actividades de artes visuales en el sitio (escolar) local, viajes de estudios y actividades artísticas y educativas fuera del sitio (escolar) local, y actividades deportivas y actividades en la piscina conducidas en DCPS o/y el Departamento de Parques y Recreación de DC. Mi hijo/a hará un compromiso completo a las programas de Kid Power y atenderá todas las actividades del program al menos si tiene una excusa valida. Tres ausencias sin permiso será motivo para expulsión de todas las programas.
2. Kid Power o cualquier personal de Kid Power no será responsable para heridas al niño/a, muerte, o perdida y/o daño a la propiedad durante los eventos de Kid Power o de acciones que surgen en asociación con los eventos, incluyendo transportación y la provisión de comidas, al menos en casos de criminales y/o mala conducta.
3. La foto de mi hijo/a, parecer, palabras, voz, y trabajo creado pueden ser usados para trabajos informaciones, medios de comunicación, programs, o propósitos de recaudación de fondos de Kid Power o DCPS.
4. El personal de Kid Power puede tener acceso a los documentos académicos de mi hijo/a, incluyendo boletín de calificaciones, información de asistencia a la escuela, notas del maestro/a, IEP's, y notas en los exámenes estandarizares.
5. Mi hijo/a puede participar en cualquier entrevista, y/o evaluaciones administrados por Kid Power y/o evaluaciones aprobados por Kid Power.
6. Yo seré responsable para toda la transportación de ir y de vuelta todas las programas.
7. Autorizó cualquier servicio medica de emergencia y asumo responsabilidad para todos los gastos medicos relacionados. Por si algún emergencia medica ocurra, doy permiso para:
 - a. la administración de servicio medico, incluyendo procedimientos quirúrgicos considerados necesarios por un doctor medico o instituto seleccionado por el personal de Kid Power,
 - b. la administración inmediato de medicamento, incluyendo aspirina, y otras medidas considerados necesarios por el médico o personal de Kid Power bajo situaciones de emergencia. Se hará cada esfuerzo para comunicar con los padres/tutores del niño/a.
8. Kid Power tiene el derecho de expulsar a su hijo de sus programas a cualquier tiempo y por cualquier razón.

Firma: _____ Relación al Estudiante: _____
Padre/Madre/Tutor

Fecha: _____



DISTRICT OF COLUMBIA
PUBLIC SCHOOLS

Office of the Chief Operating Officer

Office of Out of School Time Programs

1200 1st Street, NE 8th floor

Washington DC 20002

Estimados Padre/Encargado:

En un esfuerzo por prestar un mejor servicio a su hijo(a) en el programa después del horario escolar de su escuela y para asegurarnos que el programa cumpla con las necesidades académicas de su hijo(a), las EPDC trabajan junto con organizaciones que se especializan en proporcionar programas después del horario regular de clases (Proveedores de Asistencia Extracurricular). A fin de adaptar más eficazmente el programa después del horario escolar a las necesidades de su hijo(a), cultivar más sus puntos fuertes, e identificar y desarrollar las áreas en las que necesita mejorar, a las EPDC les gustaría compartir ciertos expedientes estudiantiles concernientes a su hijo(a) con el/los Proveedor(es) de Asistencia Extracurricular de su escuela. Conforme con la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA, por sus siglas en inglés), las EPDC deben obtener primero su consentimiento antes de compartir los expedientes educativos con el/los Proveedor(es) de Asistencia Extracurricular en la escuela de su hijo(a).

Indique abajo si da su consentimiento al/los Proveedor(es) de Programas Después del Horario Regular de Clases de la escuela de su hijo(a) para que acceda(n) a los datos demográficos, los resultados de pruebas, grados/notas trimestrales de su hijo(a) y, si corresponde, a los materiales del Programa de Educación Individualizada. Si elige dar su consentimiento para que las EPDC compartan esta información acerca de su hijo(a) con el/los Proveedor(es) de Asistencia Extracurricular, puede solicitar que las EPDC le proporcionen una copia de los expedientes que fueron divulgados. Todos los miembros del personal del/los Proveedor(es) de Programas Después del Horario Regular de Clases, que tienen derecho a acceder a los expedientes educativos de su hijo(a), han firmado acuerdos de confidencialidad concernientes a la privacidad de los expedientes educativos de su hijo(a).

_____ Autorizo a las EPDC a compartir los datos demográficos, los resultados de pruebas, los grados/notas trimestrales y, si corresponde, el Programa de Educación Individualizada de mi hijo(a) con el/los Proveedor(es) de Programas Después del Horario Regular de Clases la escuela de mi hijo(a) para fines de enriquecimiento académico.

_____ No autorizo a las EPDC a compartir los datos demográficos, los resultados de pruebas, los grados/notas trimestrales y, si corresponde, el Programa de Educación Individualizada de mi hijo(a) con el/los Proveedor(es) de Programas Después del Horario Regular de Clases de la escuela de mi hijo(a).

Firma del Padre/Encargado Fecha

Nombre del Padre/Encargado en letra de imprenta Nombre del Niño en letra de imprenta

Escuela de su hijo(a)

Programa: Kid Power



Consentimiento para Participar en el Evaluativo de los Programas

Estimado Padre o Guardián:

Su hijo se encuentra matriculado en un programa después de escuela (OST), Kid Power, apoyado por el DC Children & Youth Investment Trust Corporation (El Trust). Con el fin de observar la efectividad y futuro éxito de Kid Power programa, financiado por el Trust, el Trust se encuentra llevando a cabo una estudio evaluativo. También, Kid Power se encuentra llevando a cabo otra evaluación. El propósito de dicha evaluación es determinar de qué manera estos servicios y actividades benefician a los estudiantes, cómo poder mejorarse el programa día a día, y si la participación en los programas OST ayudan a los estudiantes continuar en un camino para graduarse de la escuela secundaria.

Específicamente, el Trust y Kid Power solicitamos su autorización como padre o guardián, por el período de hasta 7 años, hasta la fecha proyectada de la graduación de la escuela secundaria de su hijo/a, para:

- Contactar a la escuela de su hijo en obtener registros sobre su progreso, incluyendo información acerca de inscripciones, niveles, resultados de pruebas llevadas a cabo en toda la ciudad y asistencia.
- Conversar con profesores y personal a cargo del programa después del horario escolar sobre el progreso de su hijo/a y su participación en el programa OST. También analizar los registros de la participación del programa.
- Encuestar y/o entrevistarle a usted y a su hijo sobre el programa después del horario escolar y sus resultados.

Esta es una evaluación del programa OST financiado por el Trust y NO constituye una evaluación de su hijo/a. Toda información recopilada SÓLO se utilizará para evaluar el programa OST e identificar tendencias grupales generales respecto del progreso hacia la graduación. Los resultados individuales no se publicarán. La participación en la evaluación no afectará el desempeño de su hijo/a en la escuela, en el programa OST o de otra manera. No se utilizará su nombre ni el de su hijo/a en ningún informe. Al finalizar la evaluación, el Trust y/o Kid Power destruiremos todos los registros que contengan información personal.

Esperamos que ni usted ni su hijo/a se vean perjudicados por participar en este estudio. El mismo podrá beneficiar a su hijo/a brindándole oportunidades, apoyo y servicios que pueden incentivar su desarrollo. La participación en este estudio es absolutamente voluntaria y los participantes podrán renunciar en cualquier momento sin sufrir ninguna consecuencia al respecto.

Si tienes preguntas para el estudio, puedes contactar el Trust a 202-347-4441 o Kid Power a 202-383-4543.

Nombre de su hijo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Elija alguna de las siguientes opciones y envíe este formulario al director del programa. Muchas gracias.

AUTORIZO A MI HIJO/A A PARTICIPAR. He leído la información mencionada y autorizo a mi hijo a participar en la evaluación de Kid Power y el Trust.

Firma _____ Fecha _____

NO AUTORIZO A MI HIJO/A A PARTICIPAR. He leído la información mencionada y NO autorizo a mi hijo a participar en la evaluación Kid Power y el Trust.

Firma _____ Fecha _____