



**Austin
Sunshine
Camps**

Bienvenidos a Austin Sunshine Camps!

Desde que 1928, ASC ha proporcionado experiencias de campamento que cambian la vida sin costo a jóvenes de bajo ingreso y sus familias. Creemos que las campistas que servimos son el corazón que todo que hacemos y cada decisión. A través de relaciones positivas y un sentido de pertenecer en un ambiente seguro, cariñoso, y lleno de aprendizaje, campistas logran éxito que nunca lo hubieran imaginado.

Cada campista *SHINE* (brilla) en Austin Sunshine Camps:

Ponemos la **S**eguridad primero

Somos **H**onestos

Incluimos a cada persona

Nunca nos rendimos

Estamos **E**mpoderados

Campamento de Verano

Ahora estamos aceptando aplicaciones de campistas para asistir a nuestro campamento de verano! Nuestro programa de campamento de verano es gratis para solicitantes que califican. Cada sesión del campamento dura cinco días y cuatro noches. Cada campista se quedara toda la semana en una de las dos ubicaciones de campamento, pasando cada noche en el campamento.

Zilker Park (Parque de Zilker): Campistas que tienen 8 a 11 años cuando asisten al campamento deben asistir a nuestra ubicación en el Parque de Zilker. (2225 Andrew Zilker Rd, Austin TX 78746) Campistas se quedan en nuestra cabina de 21,000 pies cuadrados "Zilker Lodge". Cada día, van a nadar en la piscina de Barton Springs, y también viajaran al centro de Ciencias y Naturaleza, irán de hiking en los senderos del Parque de Zilker, y muchísimo más.

Lake Travis (Lago Travis): Campistas que tienen 12 a 15 años cuando asisten al campamento deben asistir a nuestra ubicación en el Lago Travis, que se ubica entre las ciudades Lago Vista y Marble Falls (5001 Shaw Dr, Marble Falls, TX 78654). Las campistas se quedan en cabañas rústicas con vistas al bonito Lago Travis. Las campistas se participaran en actividades en el lago, en nuestro curso de cuerdas, y muchísimo más.

Las fechas a continuación se aplican a las dos ubicaciones. A medida que llene la aplicación, tendrá la oportunidad para seleccionar sus tres mejores opciones para fechas para asistir una sesión del campamento.

Fechas de sesiones del campamento de verano:

Sesión 1: 6/13 – 6/17 (Jueves-Lunes)

Sesión 5: 7/15 – 7/19 (Lunes-viernes)

Sesión 2: 6/21 – 6/25 (Viernes-Martes)

Sesión 6: 7/23 – 7/27 (Martes-sábado)

Sesión 3: 6/30 – 7/3 (Domingo-Miércoles)

Sesión 7: 7/31 – 8/4 (Miércoles-Domingo)

Sesión 4: 7/7 – 7/11 (Domingo-jueves)

Sesión 8: 8/8 – 8/12 (Jueves-lunes)

¿Califica mi niño?

Para calificar para asistir al campamento, campistas deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Campistas deben vivir en uno de los condados a continuación: Travis, Hays, Williamson, Bastrop, o Caldwell.
- Campistas deben tener 8 a 15 años en el momento en que asisten al campamento.
- Campistas deben cumplir con **UNO** de los siguientes requisitos:
 - Calificar por y proporcionar prueba de inscripción en los programas SNAP o AFDC (tiene que proporcionar el número del caso)
 - Ser un niño adoptivo del departamento de servicios familiares y de protección (“Foster child”)

O...

- Calificar para los requisitos del programa de comida gratis o reducida de escuela, basado en estos requisitos de ingresos a continuación. Estos requisitos son basado en ingresos y número total de personas en el hogar. Si tiene preguntas sobre estos requisitos, favor de refiriéndose a la tabla de abajo:

Tamaño del hogar	Ingresos Totales									
	**para calificar, los ingresos totales deben ser MENOS que el numero en la columna “reducido”									
	Anual		Mensual		Dos veces al mes		Cada dos semanas		Semanal	
Número de miembros del hogar	Gratis	Reducido	Gratis	Reducido	Gratis	Reducido	Gratis	Reducido	Gratis	Reducido
1	\$15,782	\$22,459	\$1,316	\$1,872	\$658	\$936	\$607	\$864	\$304	\$432
2	\$21,398	\$30,451	\$1,784	\$2,538	\$892	\$1,269	\$823	\$1,172	\$412	\$586
3	\$27,014	\$38,443	\$2,252	\$3,204	\$1,126	\$1,602	\$1,039	\$1,479	\$520	\$740
4	\$32,630	\$46,435	\$2,720	\$3,870	\$1,360	\$1,935	\$1,255	\$1,786	\$628	\$893
5	\$38,246	\$54,427	\$3,188	\$4,536	\$1,594	\$2,268	\$1,471	\$2,094	\$736	\$1,047
6	\$43,862	\$62,419	\$3,656	\$5,202	\$1,828	\$2,601	\$1,687	\$2,401	\$844	\$1,201
7	\$49,478	\$70,411	\$4,124	\$5,868	\$2,062	\$2,934	\$1,903	\$2,709	\$952	\$1,355
8	\$55,094	\$78,403	\$4,592	\$6,534	\$2,296	\$3,267	\$2,119	\$3,016	\$1,060	\$1,508
Para cada miembro de la familia adicional, añade...	+\$5,616	+\$7,992	+\$468	+\$666	+\$234	+\$333	+\$216	+\$308	+\$108	+\$154

Proceso de aplicar

Si su niño cumple con los requisitos anteriores, favor de llenar la solicitud adjunto. Las solicitudes serán revisadas en el orden en que se reciban. Favor de solicitar tan temprano como sea posible, porque cada sesión se llena muy rápidamente. Debe entregar una solicitud única para cada campista que desee inscribirse. Favor de notar que para completar la solicitud para el campamento, necesita acceso a:

- Registros de inmunización para el niño
- La información para el seguro de salud para el niño
- Información de contacto para el proveedor primario de atención de salud para el niño
- El número de caso de SNAP o AFDC
- Los ingresos totales del hogar

Cada formulario a continuación se entrega como parte de esta solicitud antes de que la solicitud será revisada:

- Formulario de información del Participante (pp. 3-4)
- Formulario de elegibilidad para el campamento (p. 5)
- Expectativas de la campista y del padre/tutor (pp. 6)
- Formulario de información de contactos de emergencia (pp. 7)
- Formulario de medicamentos, alergias & limitaciones (pp. 8 – 9)
- Formulario de la historia del salud de la campista (pp. 10 – 12) incluso registros de inmunización
- Formulario de comida (pp. 13 – 14)

Favor de notar, cada formulario con lugar para una firma deben estar firmado a la sumisión antes de que la solicitud puede ser revisada. La solicitud será revisada después de recibimos cada forma necesaria anterior, incluyendo los registros de inmunización. Revisamos aplicaciones dentro de las tres semanas después de CADA forma esta recibida. Al revisar la solicitud, el personal de ASC podríamos contactarle para más información sobre cualquier parte de la solicitud.

Si tiene preguntas sobre el proceso de aplicar, favor de enviarnos un correo electrónico: info@sunshinecamps.org o llamarnos en 512-472-8107.

P.O. Box 161270, Austin, TX 78716 | (512) 472-8107 | email: info@sunshinecamps.org | sunshinecamps.org

Información del Participante

¡Hola! Con la asistencia del niño, favor de llenar la información de abajo, con tantos detalles como sea posible. Cuanto más sepamos sobre la campista, lo más podremos hacer para asegurar que su experiencia en el campamento sea positiva.

Información de la campista

Nombre del niño: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Como se llama el niño? _____ Fecha de nacimiento _____ Edad actual: _____

Escuela: _____ Grado de escuela: _____

Etnicidad: Negro/Africano-Americano Hispano/Latino Blanco/Caucásico Asiático/Isleño pacifico Indio Americano/Nativo de Alaska Prefiero no responder

Género: Masculino Femenino Prefiero no responder

Cuales pronombres usa la campista? Él Ella Otro: _____

Cuáles son los aficiones e intereses de la campista? _____

Porque quiere el niño asistir al campamento? _____

Que espera el padre/tutor que el niño ganara de asistir al campamento? _____

La campista ha asistido al campamento antes? Sí No Si respondió sí, cuantos años? _____

La campista tiene hermanos/as o familiares presentando solicitudes para el campamento? Sí No

Favor de escribir el nombre de cada familiar y su relación a la campista: _____

Favor de revisar las fechas de las sesiones del campamento y selecciona sus tres mejores opciones. Escriba una "1" al lado de la mejor opción, una "2" al lado de la opción segunda, y una "3" al lado de la opción tercera.

_____ Sesión 1: 6/13 – 6/17 (Jueves – lunes)

_____ Sesión 5: 7/15 – 7/19 (lunes – viernes)

_____ Sesión 2: 6/21 – 6/25 (viernes – martes)

_____ Sesión 6: 7/23 – 7/27 (martes – sábado)

_____ Sesión 3: 6/30 – 7/3 (domingo – miércoles)

_____ Sesión 7: 7/31 – 8/4 (miércoles – domingo)

_____ Sesión 4: 7/7 – 7/11 (domingo – jueves)

_____ Sesión 8: 8/8 – 8/12 (jueves – lunes)

Si la solicitud de su campista esta aceptado y a la campista le gustaría pedir quedarse en la misma cabaña como otro campista, favor de escriba hasta tres peticiones para compañeros de la cabaña abajo:

Compañero de cabaña #1: _____

Compañero de cabaña #2: _____

Compañero de cabaña #3: _____

**Los personales de ASC hará todo lo posible para acomodar peticiones para compañeros de cabaña, pero no podemos garantizar la colocación con compañeros.

En el primer día del campamento, las campistas se dejaron entre las 8:00 y 9:00 de la mañana en Austin Sunshine Camps en el parque Zilker. La dirección para ASC es:

2225 Andrew Zilker Rd
Austin, TX 78746

Si no puede dejar la campista en el parque de Zilker, un voluntario de ASC se puede proporcionar transporte desde una ubicación más conveniente. Si se pide transporte desde una ubicación alternativa, será contactado por el personal de ASC con más información.

Le gustaría pedir transporte? Sí No

Si respondió "Sí," desde cual ubicación le gustaría dejar su campista? Favor de notar, ubicaciones de transporte pueden cambiar en la disponibilidad de los conductores.

- Widen Elementary School: 5605 Nuckols Crossing Rd, 78744
- Linder Elementary School: 2800 Metcalfe Rd, 78741
- Cook Elementary School: 1511 Cripple Creek Dr, 78758
- Sadler Means Young Women's Leadership Academy: 6401 N Hampton Dr, 78723
- Otro

Si selecciono "otro," favor de proporcionar el código postal en cual le gustaría dejar su campista: _____

Información del Padre/Tutor

Nombre de padre/tutor 1: _____ Número de teléfono: _____

Número de teléfono alternativo: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Idioma primaria: _____

Nombre de padre/tutor 2: _____ Número de teléfono: _____

Número de teléfono alternativo: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Idioma primaria: _____

¿Tiene acceso al correo electrónico de forma regular? Sí No

¿Cómo escuchó de Austin Sunshine Camps? _____

Elegibilidad para el campamento

En cual condado vive la campista? _____ La campista es un hijo adoptivo (del departamento de servicios familiares y de protección)? Sí No

Favor de indicar el rango de ingresos anuales de la familia:

- \$22,459 o menos \$22,460 - \$30,451 \$30,452 - \$38,443 \$38,444 - \$46,435 \$46,436 - \$54,427 \$54,428 - \$62,419
 462,420 - \$70,411 \$70,412 - \$78,403 \$78,404 o más

¿Cuántas personas viven en la casa? _____

La familia recibe servicios de cupones de alimentos, SNAP, o AFDC? Sí No

Número del caso de SNAP _____ Número del caso de AFDC _____

Últimos cuatro dígitos del número de seguridad social del jefe del hogar: _____

Expectativas de la campista

Favor de leer las expectativas a continuación para cada campista que asiste a Austin Sunshine Camps:

En Austin Sunshine Camps, cada campista SHINE (brilla). Para crear un ambiente donde cada campista esta segura físicamente, mentalmente, y emocionalmente, esperamos que cada campista muestra la habilidad para ser un modelo positivo a partir de la defensa de los valores de SHINE de ASC en cada momento. SHINE significa:

Seguridad – responsabilidad por nosotros mismos, nuestro campamento, y entre nosotros.

- Respetar a todas las personas con las palabras y el tono que se usa.
- Trabaja duro para resolver el conflicto de una manera positiva, sin usar la violencia
- Respetar a todas las instalaciones y los equipos

Honestidad – veracidad en todo que hacemos.

- Sal de tu zona de confort para crear una comunidad fuerte.
- Comunicarse de manera abierto con los personales, voluntarios, y otras campistas de ASC.

Inclusión – cada persona importa.

- Participa en cada actividad como puedas
- Invite a otros a participar juntos y absténgase de excluir a nadie

Nunca rendirse – la persistencia, el aguante, y la resiliencia.

- Prueba nuevas cosas
- Pide asistencia si es necesario

Empoderamiento – podemos lograr cualquier cosa!

- Anima & fomenta otras campistas a ser lo mejor que puedan ser

Si una campista no muestra esfuerzo significativo para defender los valores de SHINE en el campamento, será enviado a casa.

Al firmar abajo, reconozco que he leído y acepto las expectativas antes mencionadas.

Firma del padre/tutor

Fecha

Expectativas del padre/tutor

Favor de leer las expectativas a continuación para los padres/tutores de cada campista que asiste a Austin Sunshine Camps:

Cada padre/tutor de las campistas de ASC se espera:

- Responder a cada comunicación del personal de ASC de manera oportuna.
- Estar disponible para comunicar con el personal de ASC en cada momento cuando la campista está presente en el campamento.
- Estar disponible para recoger la campista **dentro de dos** horas si así lo solicita el personal debido a problemas médicos o de comportamiento.
- Reforzar los valores de SHINE en la casa durante todo el año.

Al firmar abajo, reconozco que he leído y acepto las expectativas antes mencionadas.

Firma del padre/tutor

Fecha

Información de contactos de emergencia

Contactos de emergencia

Favor de proporcionar dos contactos de emergencia en el espacio abajo. Estos contactos de emergencia deben ser **DISTINTOS** de los padres/tutores primarios que figuran en el formulario de información del participante.

Nombre de contacto de emergencia #1: _____ Relación a la campista: _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono alternativo: _____

Nombre de contacto de emergencia #2: _____ Relación a la campista: _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono alternativo: _____

Proveedor del cuidado del salud & seguro de salud

Nombre del doctor primario de la campista: _____ Número de teléfono: _____

La campista tiene seguro de salud? Sí No

Proveedor de seguro de salud: _____ Número de teléfono: _____

Numero de grupo: _____ Numero de poliza: _____

Nombre del abonado: _____ Fecha de nacimiento del abonado: _____

Medicamentos, alergias, y limitaciones

Favor de completar todo con tanta información como sea posible.

Medicamentos – Favor de listar cada medicamento que la campista traerá al campamento, incluyendo prescripciones, medicamentos de venta libre, y suplementos de hierbas.

Medicamento	Razón para tomar	Dosificación (Cuanto[s])	Administración (Cómo se toma)	Frecuencia
			<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Tópica <input type="checkbox"/> Inhalado <input type="checkbox"/> Otro _____ _____	<input type="checkbox"/> Según sea necesario <input type="checkbox"/> Mañana/desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Al acostarse <input type="checkbox"/> Otro _____
			<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Tópica <input type="checkbox"/> Inhalado <input type="checkbox"/> Otro _____ _____	<input type="checkbox"/> Según sea necesario <input type="checkbox"/> Mañana/desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Al acostarse <input type="checkbox"/> Otro _____
			<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Tópica <input type="checkbox"/> Inhalado <input type="checkbox"/> Otro _____ _____	<input type="checkbox"/> Según sea necesario <input type="checkbox"/> Mañana/desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Al acostarse <input type="checkbox"/> Otro _____
			<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Tópica <input type="checkbox"/> Inhalado <input type="checkbox"/> Otro _____ _____	<input type="checkbox"/> Según sea necesario <input type="checkbox"/> Mañana/desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Al acostarse <input type="checkbox"/> Otro _____
			<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Tópica <input type="checkbox"/> Inhalado <input type="checkbox"/> Otro _____ _____	<input type="checkbox"/> Según sea necesario <input type="checkbox"/> Mañana/desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Al acostarse <input type="checkbox"/> Otro _____
			<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Tópica <input type="checkbox"/> Inhalado <input type="checkbox"/> Otro _____ _____	<input type="checkbox"/> Según sea necesario <input type="checkbox"/> Mañana/desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Al acostarse <input type="checkbox"/> Otro _____
			<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Tópica <input type="checkbox"/> Inhalado <input type="checkbox"/> Otro _____ _____	<input type="checkbox"/> Según sea necesario <input type="checkbox"/> Mañana/desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Al acostarse <input type="checkbox"/> Otro _____

Medicamentos prohibidos

El campamento usara los medicamentos a continuación para tratar problemas médicos como según sea necesario. Favor de indicar cuales medicamentos la campista **se prohíbe** tomar. Al dejar esta sección en blanco, autoriza el personal de ASC a administrar los medicamentos a continuación a la campista según sea necesario. Favor de hacer una marca al lado de cualquier medicamento que no deba ser administrado a la campista.

- Acetaminofén / Tylenol
- Aloe Vera
- Crema Antibiótica
- Antihistamínica / Medicamento de alergias
- Bismuto subsalicilato / Pepto-Bismol
- Repelente de insectos
- Crema quemada
- Loción de calamina
- Carbonato de calcio / Tums
- Difenhidramina / Benadryl
- Pastillas para la tos
- Hidrocortisona / crema anti-picor
- Ibuprofeno / Motrin/Advil
- Protector solar

Si ha marcado un medicamento arriba, favor de proporcionar más detalles si es necesario: _____

Alergias

Favor de listar cada alergia de la campista, incluyendo alergias estacionales, ambientales, alergias a comida o bebida, alergias a medicamentos, y cualquier otro. Favor de proporcionar una descripción detallada de la reacción alérgica.

Alergia:	Tipo de alergia (estacional, ambiental, ingerido)	Descripción de la reacción/información adicional

Limitaciones

En Austin Sunshine Camps, las campistas participan en una variedad de actividades. Pasan 60% o más del día en el aire libre. Los actividades del campamento pueden incluir: nadar, ir de hiking, bicicleta de montaña, curso de cuerdas, arte, ir en bote, tiro al arco, deportes, y más.

- He revisado los actividades del campamento y la campista puede participar en cada uno sin limitaciones.
- He revisado los actividades del campamento, y la campista puede participar **con los siguientes limitaciones/adaptaciones:**

Restricciones dietéticas

Favor de seleccionar las restricciones dietéticas de la campista abajo: (selecciona tantos como sea necesario):

- No hay restricciones dietéticas
- Sin gluten
- Sin lácteos
- Vegetariano
- Vegano
- Otro: _____

Formulario de la historia del salud de la campista

Favor de contestar cada pregunta en el formulario abajo con el mayor detalle posible. Favor de adjuntar una copia de los registros de inmunización de la campista.

Historia de salud general: Selecciona "Si" o "No" para cada declaración. Explica las respuestas "Si"

(DEBE CONTESTAR CADA PREGUNTA)

La campista...

1. Ha sido hospitalizado? **Sí** **No** Comentario: _____

Cuando fueran lanzado del hospital? _____

Para que fuera hospitalizado? _____

Puede participar en actividades físicas? _____

2. Han tenido cirugía? **Sí** **No** Comentario: _____

Quando? _____

Para que? _____

3. Tiene una enfermedad recurrente/crónica? **Sí** **No**

Comentario: _____

4. Tiene algún trastorno genético, de desarrollo, o relacionado con la comunicación? **Sí** **No**

Favor de explicar: _____

4. Tenía una enfermedad infecciosa reciente? **Sí** **No** Comentario: _____

Quando? _____

Cual tipo de enfermedad? _____

5. Tenía una lesión reciente? **Sí** **No** Comentario: _____

Quando paso? _____

Cual tipo de lesión? _____

Puede participar la campista en actividades físicas? _____

6. Tiene asma? **Sí** **No** Comentario: _____

Tiene un inhalador? _____ *Favor de notar, cada campista quien ha sido diagnosticado con asma DEBE llevar un inhalador al campamento. Si no llevan un inhalador, DEBEN llevar una nota del doctor declarando que no necesitan un inhalador para el campamento.*

7. Tiene sibilancias/falta de aliento? **Sí** **No** Comentario: _____

8. Tiene diabetes? **Sí** **No** Comentario: _____

Cómo se controla? _____

Es auto-regulado o necesita asistencia del personal? _____

Tiene restricciones dietéticas? _____

9. Tiene incautaciones? **Sí** **No** Comentario: _____

Cual tipo de incautación? _____

Quando fue el último ataque? _____

Que es la causa de los ataques? _____

Son relacionado con clima caliente? _____

10. Tiene dolor de cabeza? **Sí** **No** Comentario: _____

Que es la causa? _____

Como se tratan? _____

11. Lleva lentes? **Sí** **No** Comentario: _____

12. Tiene desmayos o mareos? **Sí** **No** Comentario: _____

Cuando paso? _____

Que es la causa? _____

13. Se desmayó o tuvo dolor del pecho durante ejercicio? **Sí** **No** Comentario: _____

Cuando paso? _____

Como podemos evitarlo? _____

14. Tuvo mononucleosis (“mono”) durante los pasados 12 meses? **Sí** **No** Comentario: _____

15. Tiene problemas con menstruación? **Sí** **No** Comentario: _____

16. Tiene problemas con acostarse? **Sí** **No** Comentario: _____

17. Es sonámbulo? **Sí** **No** Comentario: _____

18. Tiene problemas con la espalda o las articulaciones? **Sí** **No** Comentario: _____

19. Mojan la cama? **Sí** **No** Comentario: _____

20. Tiene problemas con diarrea o estreñimiento? **Sí** **No** Comentario: _____

21. Tiene problemas con el piel? **Sí** **No** Comentario: _____

22. Viajo afuera del país (USA) en los pasado 9 meses? **Sí** **No** Comentario: _____

Si tiene comentario adicional sobre la información arriba, favor de notarlos aquí. Los personales de ASC puede contactarle para mas información.

Salud mental: *Selecciona “Si” o “No” para cada declaración.*

(HAY QUE CONTESTAR CADA PREGUNTA)

La campista...

1. Ha sido tratado por trastorno por déficit de atención (ADD/ADHD)? **Sí** **No**

Tomará medicamentos durante el verano? _____

2. Ha sido tratado por dificultades emocionales o dificultades de comportamiento? **Sí** **No**

Cual fue la diagnosis? _____

3. Ha sido tratado por desorden de aprendizaje? **Sí** **No**

4. Ha sido tratado por desorden alimenticio? **Sí** **No**

Cual fue la diagnosis? _____

5. Ha sido tratado por depresión? **Sí** **No**

Tomará medicamentos durante el verano? **Sí** **No**

6. Ha sido tratado por ansiedad? **Sí** **No**

Tomará medicamentos durante el verano? **Sí** **No**

7. Ha sido tratado por problemas de salud mental durante los pasados 12 meses? **Sí** **No**

Cuando? _____

Para que? _____

8. Ha sido hospitalizado para problemas de salud mental?..... **Sí** **No**

Por cuanto tiempo? _____

Donde (nombre del hospital)? _____

Fecha de lanzamiento? _____

9. Ha experimentado un evento significativo que continua de afectar la vida de la campista? **Si** **No** (Historia de abuso, muerte de ser querido, cambio de la familia, adopción, hermano nuevo, sobrevivió un desastre, etc.) Favor de explicar:

Uno de los valores SHINE de ASC es la inclusión. Haremos todo que podemos para acomodar cualquier restricción, condición, diferencia, y necesitado especial. Sin embargo, nuestro prioridad es la seguridad y bienestar de nuestras campistas. Por lo tanto, algunas solicitudes para el campamento no se pueden ser aceptado si los acomodaciones necesarios están mas alla de la capacidad de nuestro personal y del alcance de nuestros programas.

¿Algo más que debemos saber sobre el niño?

*** Favor de notar, este formulario **DEBE** ser presentado con **una copia de registros de inmunización** antes de su aplicación para asistir al campamento puede ser revisado ***

Formulario de comida

Desafortunadamente, este formulario no está disponible en español. Si necesita ayuda con llenarlo, favor de llamarnos en 512-505-0905.

Attachment 10
2019 SFSP

INCOME ELIGIBILITY FORM SUMMER FOOD SERVICE PROGRAM (For Use by Camps and Closed Enrolled Sites)

Please complete the following form using the instructions below. Sign the form and return it to: **[Name of Sponsor]**

If you need help, call **[phone number of Sponsor]**

Follow these instructions, if your household gets SNAP (Food Stamps) TANF or FDIPIR:

Part 1: List participant's name and a SNAP (Food Stamp), TANF or FDIPIR case number.

Part 2: Skip this part.

Part 3: Skip this part.

Part 4: Sign the form. A Social Security Number is NOT required.

Part 5: Answer this question if you choose to.

If your household includes a FOSTER CHILD, use one application for the whole household and follow these instructions:

Part 1: Enter the child's name.

Part 2: Please contact us at **[phone number of Sponsor]**

Part 3: Complete this part if you are applying for other children in the household and you did not enter a SNAP (Food Stamp), TANF or FDIPIR case number in Part 1.

Part 4: Sign the form. If Part 3 was completed, provide the last four digits of the signing adult's Social Security Number.

Part 5: Answer this question if you choose to.

ALL OTHER HOUSEHOLDS, including WIC households, follow these instructions:

Part 1: List each participant's name.

Part 2: Skip this part.

Part 3: Follow these instructions to report total household income from last month.

Column A--Name: List the first and last name of **each** person living in your household, related or not (such as grandparents, other relatives, or friends who live with you). You must include yourself and all children living with you. Attach another sheet of paper if you need to.

Column B--Gross income last month and how often it was received. Next to each person's name, list each type of income received last month, and how often it was received.

In Box 1, list the **gross income** each person earned from work. This is not the same as take-home pay. **Gross income is the amount earned before taxes and other deductions.** The amount should be listed on your pay stub, or your boss can tell you. Next to the amount, write how often the person got it (weekly, every other week, twice a month, or monthly).

In box 2, list the amount each person got last month from welfare, child support, alimony.

In box 3, list Social Security, pensions, and retirement.

In box 4, list **ALL OTHER INCOME SOURCES** including Worker's Compensation, unemployment, strike benefits, Supplemental Security Income (SSI), Veteran's benefits (VA benefits), disability benefits, regular contributions from people who do not live in your household. Report net income for self-owned business, farm, or rental income. Next to the amount, write how often the person got it. If you are in the Military Housing Privatization Initiative do not include this housing allowance.

Column C--Check if no income: If the person does not have any income, check the box.

Part 4: An adult household member must sign the form and include the last four digits of his or her Social Security Number, or mark the box if he or she doesn't have one.

Part 5: Answer this question if you choose to.

Privacy Act Statement: The Richard B. Russell National School Lunch Act requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not, we cannot approve your child for free or reduced price meals. You must include the social security number of the adult household member who signs the application. The social security number is not required when you apply on behalf of a foster child or you list a SNAP, Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) case number for your child or other (FDPIR) identifier or when you indicate that the adult household member signing the application does not have a social security number. We will use your information to determine if your child is eligible for free or reduced price meals, and for administration and enforcement of the Program.

Non-discrimination Statement: In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

(1) mail: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

(2) fax: (202) 690-7442; or

(3) email: program.intake@usda.gov.

This Institution is an equal opportunity provider.

Part 1. Children enrolled in Camp or Closed Enrolled Sites.	
Names (First, Middle Initial, Last)	SNAP (Food Stamp), TANF or FDPIR case # (if any). Skip to Part 4 if you listed a case #.

Part 2. Foster Child
Foster children eligible for free and reduced-price meals regardless of household income. If a foster child lives with you, please contact [name of Sponsor] at [phone number]. Complete Part 3 if you are applying for other children in your household and you did not enter a SNAP (Food Stamp), TANF or FDPIR case number in Part 1.

Part 3. Total Household Gross Income—You must tell us how much and how often					
A. Name (List everyone in household, including children)	B. Gross income and how often it was received Example: \$100/monthly \$100/twice a month \$100/every other week \$100/weekly				C. Check if NO income
	1. Earnings from work before deductions	2. Welfare, child support, alimony	3. Social Security, pensions, retirement,	4. All Other Income	
1.	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
2.	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
3.	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
4.	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
5.	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
6.	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
7.	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
8.	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
9.	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
10.	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
11.	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
12.	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>

Part 4. Signature and Social Security Number (Adult must sign)
An adult household member must sign this form. If Part 3 is completed, the adult signing the form must also list the last four digits of his or her Social Security Number or mark the "I do not have a Social Security Number" box. (See Privacy Act Statement on the back of this page.)
I certify that all information on this form is true and that all income is reported. I understand that this information is being given for the receipt of Federal funds. I understand that SFSP officials may verify the information. I understand that if I purposely give false information, the participant receiving meals may lose the meal benefits, and I may be prosecuted.
Sign here: X _____ Print name: _____ Date: _____
Address: _____ Phone Number: _____
Last four digits of Social Security Number: _____ I do not have a Social Security Number

Part 5. Participant's ethnic and racial identities (optional)	
Mark one ethnic identity:	Mark one or more racial identities:
<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino	<input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander

Don't fill out this part. This is for official use only.

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24, Monthly x 12
Total Income: _____ Per: Week, Every 2 Weeks, Twice A Month, Month, Year
Household size: _____
Categorical Eligibility: _____ Date Withdrawn: _____ Eligibility: Free Reduced Denied
Reason: _____
Determining Official's Signature: _____ Date: _____
Confirming Official's Signature: _____ Date: _____
Follow-up Official's Signature: _____ Date: _____

¡Felicidades!

Ha completado la solicitud para Austin Sunshine Camps de 2019. Antes de presentar la solicitud, favor de verificar que está presentando **cada uno** de los partes a continuación:

- Formulario de información del participante (pp. 3 – 4)
- Medicamentos, alergias, y limitaciones
- Formulario de elegibilidad (p. 5)
- Formulario de la historia del salud de la campista
- Formulario de expectativas (p. 6)
- Formulario de comida
- Información de contactos de emergencia
- Registros de inmunización (no incluido en este paquete – se debe obtener del médico, la escuela, o la organización de salud estatal. Se debe presentar junto con esta solicitud)

Después de asegurarse que ha completado y adjuntado cada formulario necesario, favor de presentar esta solicitud a Austin Sunshine Camps a través de uno de los siguientes medios:

Fax – 512-472-8123

Correo electrónico – programs@sunshinecamps.org

Correo – PO Box 161270
Austin, TX 78716

Si tiene preguntas, favor de contactar nuestra oficina en la dirección de correo electrónico arriba o en 512-472-8107.