



DREAM Incorporated
333 East 100th Street, Ground Floor, New York, NY 10029 (212) 722-1608

ROOKIE APPLICATION 2018

DREAM's Rookie League is a co-ed T-Ball summer program for kindergarten and first graders. The six-week program focuses on the fundamental instruction of baseball and softball skills in a recreational setting through practice and games. Participants will be placed on teams, coached by volunteers who focus on sportsmanship, teamwork, respect, potential, effort and fun.

- WHEN:** Saturday's from July 7th through August 11th, 2018
Games will be scheduled anywhere between 10:30am and 4:00pm and last approximately 1.5 hours long
- WHERE:** Marx Brothers Playground located on 97th street between 1st and 2nd avenue
- APPLY:** Submit completed application along with a copy of participant birth certificate by to DREAM offices at 333 East 100th Street, New York, NY 10029

PRIORITY GIVEN TO EAST HARLEM RESIDENTS * LIMITED SPOTS AVAILABLE

For additional information please reach out to Jason Polanco 212-722-1608 ext 4322 or Judy Padilla – Senior Admin Coordinator at (929)283-8911

For Office Use Only

Date Received: _____ *Staff Initial:* _____ *Application Number:* _____
Sibling: _____ *Sibling:* _____



DREAM Incorporated
 333 East 100th Street, Ground Floor, New York, NY 10029 (212) 722-1608

*DREAM collects information in order to best serve
 the needs of our youth and families.*

HOUSEHOLD INFORMATION

Address		Apartment:	
City	State	Zip Code	
Borough: <input type="checkbox"/> Bronx <input type="checkbox"/> Brooklyn <input type="checkbox"/> Manhattan <input type="checkbox"/> Queens <input type="checkbox"/> Staten Island			

PARTICIPANT INFORMATION

Name:		Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Date of birth: ____/____/____
Proficient in English: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Primary language:		
School:	Grade:		
Eligible for free lunch in school: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Eligible for reduced lunch in school: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Does participant have an IEP? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
If Yes, IEP modifications:			
Child Limitations (are there any activities participant cannot participate in):			
Participant Allergies <i>(Check all that apply):</i> <input type="checkbox"/> Peanut <input type="checkbox"/> Tree nut <input type="checkbox"/> Milk <input type="checkbox"/> Egg <input type="checkbox"/> Wheat <input type="checkbox"/> Soy <input type="checkbox"/> Fish <input type="checkbox"/> Shellfish <input type="checkbox"/> Other <i>(please write in Medical Details below)</i>	Medical Issues <i>(Check all that apply):</i> <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Seizure Disorder <input type="checkbox"/> Obesity <input type="checkbox"/> ADD <input type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> Other <i>(please write in Medical Details below)</i>	Participant Race/ethnicity <i>(Check all that apply):</i> <input type="checkbox"/> African-American <input type="checkbox"/> Black – African <input type="checkbox"/> Black – Caribbean <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Other	



DREAM Incorporated
333 East 100th Street, Ground Floor, New York, NY 10029 (212) 722-1608

Medical Details (list all medical conditions, medications, issues, and allergies that we should know about):

PARENT/GUARDIAN 1 INFORMATION

Emergency contact: [] Yes [] No

Form for Parent/Guardian 1 information including fields for name, gender, email, phone numbers, city, state, zip code, and work borough.

PARENT/GUARDIAN 2 INFORMATION

Emergency contact: [] Yes [] No

Form for Parent/Guardian 2 information including fields for name, gender, email, phone numbers, city, state, zip code, and work borough.



DREAM Incorporated
 333 East 100th Street, Ground Floor, New York, NY 10029 (212) 722-1608

PLEASE CHECK ALL THAT APPLY

<p>Does anyone in the household receive any of the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NYCHA <input type="checkbox"/> Section 8 <input type="checkbox"/> Public Assistance <input type="checkbox"/> Food Stamps (SNAP) <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Family Health Plus <input type="checkbox"/> Private Health Insurance 	<p>Average household income:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Under \$15,000 <input type="checkbox"/> \$15,000 – \$24,999 <input type="checkbox"/> \$25,000 – \$34,999 <input type="checkbox"/> \$35,000 – \$44,999 <input type="checkbox"/> \$45,000 – \$64,999 <input type="checkbox"/> \$65,000 – \$84,999 <input type="checkbox"/> \$85,000 – \$100,00 <input type="checkbox"/> Above \$100,000
<p># of children in household <i>(including participant)</i>:</p>	<p># of adults in household <i>(including participant)</i>:</p>

EMERGENCY CONTACTS- PLEASE LIST THREE

<p>Name:</p>	<p>Phone number: Can pick up youth: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Name:</p>	<p>Phone number: Can pick up youth: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Name:</p>	<p>Phone number: Can pick up youth: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>

WAIVER OF ALL CLAIMS/CONSENT FORM

I hereby give my child permission to try out for and to participate in any and all programs associated with DREAM Incorporated ("DREAM") including but not limited to DREAM's baseball, softball, educational and mentoring programs and field trips related thereto ("Activities"). I understand that (i) despite the efforts of DREAM to instill a "safety first philosophy" within the organization, my child may be exposed to certain risks and hazards incidental to his/her participation in the Activities, including, but not limited to, physical injury and (ii) the permission that I give hereby means that I am agreeing to assume on his/her behalf all risks and hazards incidental to his/her participation



DREAM Incorporated
333 East 100th Street, Ground Floor, New York, NY 10029 (212) 722-1608

in such Activities, including, but not limited to, physical injury. With respect to such risks of physical injury, I further understand that the permission I hereby grant means that I am agreeing to assume on his/her behalf all risk and hazards incidental to the sport of baseball and all warm-ups, practices and competitions associated with baseball, including specifically (but not exclusively) the danger of being injured by thrown bats, fragments thereof, and thrown or batted balls.

I understand that DREAM program staff members are required to report any suspected abuse or neglect of a child. The staff and volunteers are trained to respond if a child discloses/alleges abuse and a report will be filed with authorities. If I have any further questions, or would like more information on violence prevention, I will ask DREAM staff for additional resources.

In consideration of DREAM permitting my child to participate in the Activities, I hereby release, discharge and agree to indemnify and hold harmless DREAM, its directors, organizers, sponsors, coaches, staff, volunteers and agents from any and all claims, liabilities or causes of action arising out of my child's participation in the Activities, including but not limited to physical injury to my child, whether the result of negligence or any other cause.

WARNING: Protective equipment cannot prevent all injuries that a youth player may sustain while playing baseball or softball.

Parent/Guardian's Name

Parent/Guardian's Signature

Date

EMERGENCY MEDICAL TREATMENT CONSENT FORM

I hereby give my permission to DREAM Incorporated ("DREAM") to give consent on my behalf in the event of the need for the emergency administration of medical treatment which DREAM, in its sole discretion, believes to be necessary and appropriate, including, without limitation, treatment by trained First Aid personnel, EMTs, First Responders, Paramedics and Emergency Room Physicians. In consideration of DREAM permitting my child to participate in DREAM activities and programs, I hereby release, discharge and agree to indemnify and hold harmless DREAM Incorporated, its directors, organizers, sponsors, coaches, staff, volunteers and agents from any and all claims, liabilities or cause of action arising out of such treatment and with respect to the exercise of its judgment in this regard. I further attest that I have disclosed all vital and important health information (allergies, medications and medical limitations on activities) which would be necessary for the proper care of my child.

I agree to pay, and to assume responsibility, for all medical and dental expenses incurred in the treatment of my child.

Parent/Guardian's Name

Parent/Guardian's Signature

Date



DREAM Incorporated
333 East 100th Street, Ground Floor, New York, NY 10029 (212) 722-1608

MEDIA PERMISSION AND RELEASE

I, the undersigned, acknowledge that the various activities, including but not limited to sports, education, plays skits and interviews, that my child may participate in from time to time as a participant in DREAM, a nonprofit organization, may be videotaped, audio taped, filmed, photographed and/or transcribed and I hereby grant permission and a non-exclusive, perpetual, irrevocable, royalty-free, worldwide license to DREAM and any of its successors and assigns (“Licensee”) to use and include in these records and recordings, my child’s voice, name, likeness, and image (together, the “Recorded Activities”) and to reproduce, translate, transcribe, distribute, prepare derivative works, broadcast, exhibit, display and perform any portion, in whole or in part, of my child’s Recorded Activities publicly for any use, including advertising and publicity for DREAM, in whole or in part, in any manner or any form of media (whether now known or hereafter existing), including but not limited to television (network, cable, syndication, satellite), film, Internet, and video, throughout the world in perpetuity. DREAM shall have the right to license, sub-license or assign any of its rights without prior consent of my child, or this release and myself shall inure to the benefit of the Licensee. Moreover, as a result of my child’s participation in programming, DREAM may collect or obtain data, which will be used for statistical, or research purposes only, and I understand that compliance with requests for additional information is not mandatory.

I hereby release and discharge Licensee from any and all liability arising out of or in connection with claims of violations of my child’s rights of privacy or publicity, libel or slander, or violation of any other personal, intellectual or other proprietary rights. I understand and acknowledge that my child will not be compensated for the Recorded Activities or for the future use of the Recorded Activities as set forth above.

This release shall be construed, interpreted, and my rights will be determined, in accordance with the laws of the State of New York without reference to its choice of law provisions.

Parent/Guardian’s Name

Parent/Guardian’s Signature

Date



DREAM Incorporated
333 East 100th Street, Ground Floor, Nueva York, NY 10029 (212) 722-1608

ROOKIE APLICACIÓN 2018

La Rookie League de DREAM es un programa de verano de co-ed T-Ball para kindergarten y primer grado. El programa de seis semanas se centra en la instrucción fundamental de las habilidades de béisbol y softball en un ambiente recreativo a través de la práctica y los juegos. Los participantes serán colocados en equipos, entrenados por voluntarios que se enfocan en la deportividad, trabajo en equipo, respeto, potencial, esfuerzo y diversión.

CUÁNDO: Los sábados del 7 de julio al 11 de agosto de 2018
Los juegos se programarán entre las 10:30am y las 4:00pm y durarán aproximadamente 1.5 horas

DÓNDE: Parque de los Hermanos Marx situado en la calle 97 entre la 1^a y 2^a avenida

APLICAR: Presenta la aplicación completada junto con una copia del certificado de nacimiento del participante a la oficina de DREAM en 333 East 100th Street, Nueva York, NY 10029

PRIORIDAD DADA A LOS RESIDENTES DEL ESTE HARLEM *HAY ESPACIO LIMITADO

Para obtener información adicional, comuníquese con Jason Polanco (212)722-1608 ext.4322 o Judy Padilla – Coordinadora de la Administración Mayor al (929)283-8911

sólo para uso de oficina

<i>Date Received:</i> _____	<i>Staff Initial:</i> _____	<i>Application Number:</i> _____
<i>Sibling:</i> _____	<i>Sibling:</i> _____	



DREAM Incorporated
 333 East 100th Street, Ground Floor, Nueva York, NY 10029 (212) 722-1608

DREAM recoger información para atender mejor las necesidades de nuestros jóvenes y familias.

INFORMACIÓN DEL HOGAR

Dirección:		Apartamento:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Distrito: <input type="checkbox"/> Bronx <input type="checkbox"/> Brooklyn <input type="checkbox"/> Manhattan <input type="checkbox"/> Queens <input type="checkbox"/> Staten Island			

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre:	El Sexo: <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Hembra	Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Proficiente en inglés: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lenguaje Primario:	
Escuela:	Grado:	
Elegible para almuerzo gratis en la escuela: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Elegible para almuerzo reducido en la escuela: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El participante tiene un IEP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, modificaciones del IEP:		
Limitaciones infantiles (hay alguna actividad en la que el participante no pueda participar):		
Alergias del Participantes <i>(marque todo lo que corresponda):</i> <input type="checkbox"/> Cacahuete <input type="checkbox"/> Tuerca de árbol <input type="checkbox"/> Leche <input type="checkbox"/> Huevo <input type="checkbox"/> Trigo <input type="checkbox"/> Soja <input type="checkbox"/> Peces <input type="checkbox"/> Mariscos <input type="checkbox"/> Otro <i>(por favor escriba en Detalles Médicos a continuación)</i>	Cuestiones Médicas <i>(marque todo lo que corresponda):</i> <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> ADD <input type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> Otro <i>(por favor escriba en Detalles Médicos a continuación)</i>	Raza del participante/origen étnico <i>(marque todo lo que corresponda):</i> <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Negro - Africano <input type="checkbox"/> Negro - Caribe <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro



DREAM Incorporated
333 East 100th Street, Ground Floor, Nueva York, NY 10029 (212) 722-1608

Detalles médicos (liste todas las condiciones médicas, medicamentos, problemas y alergias que debemos conocer):

INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIÁN 1 Contacto de emergencia: Sí No

Formulario for parent/guardian 1 including fields for name, sex, email, phone numbers, address, and work district.

INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIÁN 1 Contacto de emergencia: Sí No

Formulario for parent/guardian 1 including fields for name, sex, email, phone numbers, address, and work district.

POR FAVOR MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN

Formulario for social services and income with two columns: '¿Alguien en el hogar recibe alguno de los siguientes?' and 'Ingreso Promedio del Hogar:'.



DREAM Incorporated
333 East 100th Street, Ground Floor, Nueva York, NY 10029 (212) 722-1608

<input type="checkbox"/> Seguro de Salud Privado	<input type="checkbox"/> \$85,000 – \$100,00 <input type="checkbox"/> Encima \$100,000
# de niños en el hogar (<i>incluyendo participantes</i>):	# de adultos en el hogar (<i>incluyendo participante</i>):

CONTACTOS DE EMERGENCIA - POR FAVOR, LISTE TRES

Nombre:	Número de teléfono: Puede recoger a los jóvenes: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre:	Número de teléfono: Puede recoger a los jóvenes: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre:	Número de teléfono: Puede recoger a los jóvenes: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

RENUNCIA A TODOS LOS RECLAMOS/FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Por medio del presente doy mi permiso a mi hijo para probar y participar en cualquiera de los programas asociados con DREAM Incorporated ("DREAM") incluyendo pero no limitado a los programas de béisbol, softbol, programas educativos y de mentoría de DREAM relacionados ("Actividades"). Entiendo que (i) a pesar de los esfuerzos de DREAM para instilar una "filosofía de seguridad primero" dentro de la organización, mi niño puede estar expuesto a ciertos riesgos y peligros incidentales a su participación en las Actividades, incluyendo pero no limitado a , Lesión física y (ii) el permiso que doy por este medio significa que estoy de acuerdo en asumir en su nombre todos los riesgos y peligros incidentales a su participación en tales Actividades, incluyendo, pero no limitado a, lesión física. Con respecto a estos riesgos de lesiones físicas, entiendo además que el permiso que yo otorgo significa que estoy de acuerdo en asumir en su nombre todos los riesgos y peligros relacionados con el deporte del béisbol y todos los calentamientos, prácticas y concursos asociados con el béisbol, incluyendo específicamente (pero no exclusivamente) el peligro de ser lesionado por los murciélagos lanzados, sus fragmentos y las bolas lanzadas o golpeadas.

Entiendo que los miembros del personal del programa de DREAM están obligados a reportar cualquier sospecha de abuso o negligencia de un niño. El personal y los voluntarios están capacitados para responder si un niño revela/alega el abuso y un informe se archivará con las autoridades. Si tengo más preguntas o quisiera más información sobre la prevención de la violencia, pediré al personal de DREAM recursos adicionales.



DREAM Incorporated

333 East 100th Street, Ground Floor, Nueva York, NY 10029 (212) 722-1608

En consideración a DREAM permitiendo que mi hijo participe en las Actividades, por la presente libero, descargo y acepto indemnizar y mantener indemne a DREAM, sus directores, organizadores, patrocinadores, entrenadores, personal, voluntarios y agentes de todas y cada una de las reclamaciones, O las causas de acción que surjan de la participación de mi hijo en las Actividades, incluyendo pero no limitado a lesión física a mi niño, si el resultado de la negligencia o cualquier otra causa.

ADVERTENCIA: El equipo de protección no puede prevenir todas las lesiones que un jugador joven puede sostener al jugar béisbol o softball.

Nombre de Padre/Guardián

Firma del Padre/Guardián

Fecha

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

Doy mi permiso a DREAM Incorporated ("DREAM") para dar mi consentimiento en mi nombre en caso de la necesidad de la administración de emergencia de tratamiento médico que DREAM, a su sola discreción, crea necesaria y apropiada, Incluyendo, sin limitación, el tratamiento por personal capacitado de Primeros Auxilios, EMTs, Primeros Respondedores, Paramédicos y Médicos de la Sala de Emergencias. En consideración a DREAM permitiendo que mi hijo/a participe en las actividades y programas de DREAM, por la presente libero, descargo y acepto indemnizar y eximir a DREAM Incorporated, sus directores, organizadores, patrocinadores, entrenadores, personal, voluntarios y agentes de cualquier y Todas las reclamaciones, responsabilidades o causas de acción que surjan de tal tratamiento y con respecto al ejercicio de su juicio a este respecto. Además, doy fe de que he revelado toda información vital e importante sobre la salud (alergias, medicamentos y limitaciones médicas en las actividades) que sería necesario para el cuidado adecuado de mi hijo.

Acepto pagar y asumir la responsabilidad de todos los gastos médicos y dentales incurridos en el tratamiento de mi hijo.

Nombre de Padre/Guardián

Firma del Padre/Guardián

Fecha

PERMISO Y LIBERACIÓN DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Yo, el abajo firmante, reconozco que los varios actividades, incluyendo pero no limitado a deportes, educación, juegos sátira y entrevistas, que mi hijo puede participar de vez en cuando como participante en DREAM, una organización sin fines de lucro, Grabado, filmado, fotografiado y/o transcrito y por la presente otorgo permiso y una licencia mundial no exclusiva, perpetua, irrevocable, libre de regalías a DREAM ya cualquiera de sus sucesores y asignados ("Licenciatario") para usar e incluir En estos registros y grabaciones, la voz, el nombre, la imagen y la imagen de mi hijo (en conjunto, las "Actividades grabadas") y reproducir, traducir, transcribir, distribuir, preparar trabajos derivados, difundir, exhibir, exhibir y realizar cualquier parte, En su totalidad o en parte,



DREAM Incorporated

333 East 100th Street, Ground Floor, Nueva York, NY 10029 (212) 722-1608

de las Actividades Registradas de mi hijo (a) públicamente para cualquier uso, incluyendo publicidad y publicidad para DREAM, en su totalidad o en parte, de cualquier manera o cualquier medio de comunicación (ya conocido o de ahora en adelante) A la televisión (red, cable, sindicación, satélite), cine, Internet y video, en todo el mundo a perpetuidad. DREAM tendrá el derecho de licenciar, sub-licenciar o ceder cualquiera de sus derechos sin el consentimiento previo de mí mismo o de mi hijo, y esta liberación será en beneficio del Licenciario. Además, como resultado de la participación de mi hijo en la programación, DREAM puede recolectar o obtener datos que serán utilizados con fines estadísticos o de investigación solamente y entiendo que el cumplimiento de las solicitudes de información adicional no es obligatorio.

Por la presente libero y exonero al Licenciario de toda responsabilidad que surja de o en conexión con reclamaciones de violaciones de los derechos de privacidad o publicidad de mi hijo, difamación o calumnia, o violación de cualquier otro derecho personal, intelectual o de otro tipo. Yo entiendo y reconozco que mi hijo/a no será compensado por las Actividades Registradas o por el uso futuro de las Actividades Registradas como se establece arriba.

Esta liberación se interpretará y se interpretarán, y mis derechos serán determinados, de acuerdo con las leyes del Estado de Nueva York sin referencia a su elección de las disposiciones legales.

Nombre de Padre/Guardián

Firma del Padre/Guardián

Fecha