



ROOKIES APLICACIÓN 2020

La Rookies 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 desde el 11 de julio hasta el 15 de agosto de 2020. Los juegos se programarán entre las 10:30am y las 4:00pm y durarán aproximadamente 1.5 horas

DÓNDE: Parque de Field of Dreams (calle 101 entre primera y segunda avenida)

APLICAR: Presenta la aplicación completada junto con una copia del certificado de nacimiento del participante a la oficina de DREAM en 1960 1st Avenida , Nueva York, NY 10029

LA ACEPTACIÓN ES POR ORDEN DE LLEGADA *HAY ESPACIO LIMITADO
Para obtener información adicional, comuníquese con Jason Polanco (212)722-1608 ext.4322 o Judy Padilla al (929)283-8911

Sólo para uso de oficina

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



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 (marque todo lo que corresponda): <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 (por favor escriba en Detalles Médicos a continuación)	Cuestiones Médicas (marque todo lo que corresponda): <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 (por favor escriba en Detalles Médicos a continuación)	Raza del participante/origen étnico (marque todo lo que corresponda): <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
Detalles médicos (liste todas las condiciones médicas, medicamentos, problemas y alergias que debemos conocer):		



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

Nombre del Padre/Guardián:		El Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Dirección de correo electrónico:			
Teléfono de casa:	Teléfono de trabajo:	Teléfono de móvil:	
-----	-----	-----	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
-----	-----	-----	
Distrito del trabajo: <input type="checkbox"/> Bronx <input type="checkbox"/> Brooklyn <input type="checkbox"/> Manhattan <input type="checkbox"/> Queens <input type="checkbox"/> Staten Island			

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

Nombre del Padre/Guardián:		El Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Dirección de correo electrónico:			
Teléfono de casa:	Teléfono de trabajo:	Teléfono de móvil:	
-----	-----	-----	
Ciudad	Estado	Código Postal	
-----	-----	-----	
Distrito del trabajo: <input type="checkbox"/> Bronx <input type="checkbox"/> Brooklyn <input type="checkbox"/> Manhattan <input type="checkbox"/> Queens <input type="checkbox"/> Staten Island			

Por favor marque todos los que apliquen

¿Alguien en el hogar recibe alguno de los siguientes: <input type="checkbox"/> NYCHA <input type="checkbox"/> Sección 8 <input type="checkbox"/> Asistencia Pública <input type="checkbox"/> Estampillas de comida (SNAP) <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Salud Infantil Plus <input type="checkbox"/> Salud Familia Plus <input type="checkbox"/> Seguro de Salud Privado	Ingreso Promedio del Hogar: <input type="checkbox"/> Debajo \$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"/> Encima \$100,000
# de niños en el hogar (<i>incluyendo participantes</i>):	# de adultos en el hogar (<i>incluyendo participante</i>):

Tendremos otros hermanos que participen en el programa de Rookies? Si No

Si la respuesta es si, por favor escriba los nombres de los hermanos aquí: _____



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 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.

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 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, 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 ("Licenciario") 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, 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