



## Alberca Bagdouma Instrucciones para Aplicar

Esta aplicación se utilizará para verificar la elegibilidad de interesados a recibir una beca para "Operación Splash", un programa financiado por medio de Kaiser Permanente Programas de Beneficio en la comunidad de "Comer Saludable", "Vivir saludable Vida activa" Cualquier niño/a que este recibiendo alimentos gratis y reducidos, automáticamente califica para este programa.

**Operación Splash** está diseñado para proveer programas acuáticos a niños/as para incrementar actividad física durante los meses de verano. Cada niño/a que califique es elegible para **UNA sesión de Clases de Natación GRATIS.**

Por favor siga las instrucciones siguientes para asegurar el tiempo necesario del proceso de su aplicación:

**Paso 1** – Cada participante /niño debe completar una solicitud por separado. (**Páginas 2 y 3**)

**Paso 2** – Favor de proveer toda la información de contacto requerida en esta aplicación, si alguna información esta incorrecta, no podremos contactarlos o comunicarnos con Usted.

**Paso 3** – Si su hijo/hija no califica para el programa de Alimentos gratis reducidos, Favor de llenar la pagina 4 en la forma de Información **Adicional de Ingresos de su hogar**

**Paso 4** – Complete la forma de Renuncia del Participante al programa en las páginas 5 a 7. Esta forma es un **REQUISITO** y debe llenarse **COMPLETAMENTE.**

**Paso 5** –Para el proceso entregue su aplicación completa a uno de los siguientes lugares:

**DRD Administration Office**  
45-305 Oasis Street  
Indio CA, 92201  
(760) 347-3484  
Lunes - Viernes 10am to 4pm

**Bagdouma Park Community Center**  
51-251 Douma Street  
Coachella, CA 92236  
(760) 501-8120  
Miércoles 2pm – 6pm & Jueves 3pm – 6pm

Todas las aplicaciones que no se llenen bien como se especifica serán descalificadas El Proceso de la aplicación de los candidatos tomara aproximadamente **5 días** después de recibir la información para procesar y verificar sus ingresos. Nosotros le notificaremos a cada participante la fecha y la hora del comienzo de su clase de natación.

**FECHA LIMITE PARA APLICAR ES, 31 DE MAYO, 2019 A LAS 5PM**

**IMPORTANTE – MARQUE LA FECHA – IMPORTANTE**

**“Operación Splash Comienza”**

**Sábado 08 de junio, 2019 a 9a.m. – 12 medio día**

**Alberca Bagdouma**  
84-599 Avenue 52  
Coachella, CA 92236

Todos los niños que reciben beca deben atender para recibir y/o confirmar los detalles de las clases de natación.

Familiares y amigos son bienvenidos a este día a celebrar el comienzo de Operación Splash y disfrutar de la natación abierta.

**FECHA LIMITE ES EL 31 DE MAYO, 2019 A LAS 5 P.M.**



## Aplicación Alberca Bagdouma

*Por favor Imprima*

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Cuidad y Estado: \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Participante: \_\_\_\_\_

**TODA INFORMACION SERA VERIFICADA.** La Elegibilidad primaria se determinará si su hijo/a participa en el **Programa de Alimentos Gratis y Reducidos** que ofrecen los distritos locales escolares. Otra verificación de ingresos puede utilizarse si usted lo requiere, llame al 760-775-1945 para más información. Una sesión de clases de natación estará disponible sin **NINGUN COSTO PARA USTED.**

**Acaso los participantes Su hijo/a califica para el programa con su escuela de Free and Reduced Lunch Program (programa de alimento gratis y reducido)?**

- Sí (Se Requiere Verificación de la escuela- Por favor pida a empleados de la escuela que llenen la sección abajo)
- No (por favor complete la pagina 4 de esta aplicación y provea documentación de ingreso aprobado)

Distrito Escolar: _____	Nombre de Escuela: _____
Numero de Escuela #: _____	Verificado Por ( <i>por favor imprima</i> ): _____ inicial: _____
Fecha de Verificación: _____	
Debe llenarse por empleado de Distrito Escolar.	

**Se ha aplicado el Programa o Actividad:**

- Clases de Natación** (Seleccione en la página 3)  
Por favor seleccione la clase natación deseada en la página 3.  
Indique 5 elecciones en su orden de preferencia de **1 a 5**

*Nota: Cada participante es solo elegible para una sesión de clases de natación, y no se garantiza su primera elección. DRD tratara lo máximo posible porque cada participante este en la clase de natación deseada*

(Para los detalles y descripción de niveles lea Pagina 8)

**Aplicación recibida (DRD uso solamente)**

- Aprobado**     **No Aprobado**

**DECLARACIÓN DEL APPLICANTE:** medio de la presente Certifico que la información en esta forma es exacta y completa. Entiendo que esta auto certificación puede ser sujeta a una verificación adicional por la agencia que proporciona los servicios, o a Kaiser Permanente. Yo por lo tanto, autorizo tal verificación y proporcionaré documentos de soporte que sean necesarios

\_\_\_\_\_  
Firma de Adulto/Guardián

\_\_\_\_\_  
Imprima Nombre de Adulto/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha



X	Activity Name	#	Start Time
	Guppies		4:00pm
			5:00pm
			6:00pm
	Pingüinos 1		4:00pm
			5:00pm
	Pingüinos 2		5:00pm
			6:00pm
	Mantarrayas		N/A
			5:00pm
			6:00pm
	Barracudas		N/A
			N/A
			6:00pm



### Información Adicional del hogar

Requerido para individuos que **NO** Participan en el Programa de Alimentos Gratis y Reducidos con el Distrito Escolar.

**NÚMERO DE PERSONAS EN SU FAMILIA** (marque SOLO una caja):

1  2  3  4  5  6  7  8

**INGRESOS DE LA FAMILIA:** actualmente Todas las fuentes de mis ingresos anuales de la familia son \$

**Nota:** Ingresos de la familia significa los ingresos totales de todas las personas que viven en la misma casa que sean relacionadas por nacimiento, matrimonio o la adopción y se estén beneficiándose de los ingresos.

La información sobre los ingresos anuales de la familia se requiere para determinar la elegibilidad para los servicios financiados con los fondos de la fundación de Kaiser Permanente. Cada participante debe indicar el número de personas en su casa, y proporcionar la prueba que demuestra las cantidades de ingresos anuales de toda la familia.

Para determinar exactamente su ingreso del hogar usted debe incluir el ingreso de todas las fuentes y de todas las personas que residen en su hogar. Determine la cantidad de ingresos en cada categoría incorpore las cantidades del cheque o en declaración de beneficios.

**Recibí prueba de ingresos:**  Sí  No Verificado por:

\_\_\_\_\_  
 Por favor imprima su nombre (DRD Empleado)

Documento Aprobado para Verificar Ingreso	
<i>(por favor marque los documentos que pueden mostrar y adjunte copias)</i>	
_____	<b>2 talones de su último Pago</b>
_____	<b>2019 W-2 o Regreso de Impuestos</b>
_____	<b>Desempleo o Compensación al Trabajador</b>
_____	<b>Seguro Social</b>
_____	<b>Manutención de los hijos o cheque de pensión alimenticia</b>

Condado de Riverside, California										
FY 2018 Área Limite de Ingreso	Ingreso Mediana	FY 2018 Categoría Limite de Ingreso	1 Persona	2 Personas	3 Personas	4 Personas	5 Personas	6 Personas	7 Personas	8 Personas
Condado de Riverside	\$63,200	Extremadamente bajo (30%) Limite de Ingreso	\$ 14,150	\$ 16,460	\$ 20,780	<b>\$ 25,100</b>	\$ 29,420	\$ 33,740	\$ 38,060	\$ 42,380
		Muy Bajo (50%) Limite de Ingreso	\$ 23,600	\$ 27,000	\$ 30,350	<b>\$ 33,700</b>	\$ 36,400	\$ 39,100	\$ 41,800	\$ 44,500
		Bajo (80%) Limite de Ingreso	\$ 37,750	\$ 43,150	\$ 48,550	<b>\$ 53,900</b>	\$ 58,250	\$ 62,550	\$ 66,850	\$ 71,150

El área límites de los ingresos se basa en FY 2018 áreas justas del alquiler del mercado del área (FMR). (Departamento de Viviendas de Estados Unidos y del desarrollo Urbano).

La información proporcionada en esta forma será utilizada solamente con el fin de determinar si su hogar es elegible para este programa y será mantenido confidencial por el distrito y la fundación de Kaiser Permanente. No será vendido a ningún otro partido.



**CONSENTIMIENTO, LIBERAR, EXIMIR, Y ACUERDO DE NO DEMANDAR**  
**Participantes menores de 18 años**

(Por favor escriba de forma clara y legible)

<b>Nombre del Participante:</b>	<b>Fecha de Nacimiento: (Mes, Día, Año)</b>
<b>Nombre de Padre/Guardián:</b>	<b>Fecha de Nacimiento: (Mes, Día, Año)</b>
<b>Domicilio del Participante:</b> (Numero/Calle/Ciudad/Estado/Código)	<b>Teléfono de casa del participante:</b>
	<b>Teléfono celular del participante:</b>
<b>Domicilio de los Padres/Guardianes:</b> (si es diferente a el participante)	<b>Teléfono de casa de padres/guardianes:</b>
	<b>Teléfono celular de padres/guardianes:</b>
	<b>Teléfono de trabajo de los padres/guardianes:</b>
<b>Nombre de 1 Contacto de Emergencia</b> (una persona que no sea padre o guardián)	<b>Teléfono de casa de contacto de Emergencia:</b>
	<b>Teléfono celular de contacto de Emergencia:</b>
	<b>Teléfono de Trabajo de contacto de Emergencia:</b>
<b>Nombre de Contacto de Emergencia 2</b> (otra persona que no sea padre, guardián o contacto1 de Emergencia)	<b>Teléfono de casa de contacto de Emergencia:</b>
	<b>Teléfono celular de contacto de Emergencia:</b>
	<b>Teléfono de Trabajo de contacto de Emergencia:</b>

Por la presente declare que soy el padre/guardián legal de \_\_\_\_\_  
 (Nombre completo del Participante), y concedo permiso a mi hijo/a de participar en el evento o clases mencionadas aquí en Desert Recreation District (District) \_\_\_\_\_ (aquí y después "evento/clase"). Entiendo perfectamente que la participación de mi hijo/a en la participación en el evento/clase expone a mi hijo a paseos incluyendo transportación a las varias localizaciones en autobús o automóvil el riesgo personal, muerte y danos materiales. Yo reconozco que con mi consentimiento voluntario a mi hijo/que está participando voluntariamente en este evento/clase y estoy de acuerdo y sumo cualquiera de estos riesgos.

En nombre de mi mismo, el otro padre o guardián, mi hijo y yo por la presente libero, aprobar la gestión y se comprometo a no demandar a Desert Recreation District de ningún tipo de lesión en la muerte, o de daño o



Programa "Operation Splash"
Forma de Aplicación y Certificación de Ingresos
Fundación Kaiser Permanente



perdida de propiedad que surja de o en conexión con la participación de mi hijo/a en eventos/clases por cualquier causa, incluida la negligencia activa o pasiva de los empleados de Desert Recreation District o de cualquiera otros participantes en eventos/clases, entiendo que este documento no está diseñado a liberar a cualquier parte de cualquier acto u omisión de "negligencia grave", ya que ese término se utiliza en la jurisprudencia aplicable y/o disposición legal.

En consideración a mi hijo que se le permita participar en el evento/clase. Estoy de acuerdo para mi hijo, nuestros herederos, administradores, ejecutores y beneficiarios que deberá indemnizar, defender y mantener indemne a Desert Recreation District y sus empleados de cualquier y todo reclamo, demandas, acciones, o demandas que surjan de o en conexión con la participación de mi hijo o no participar en el evento/clase.

CON MUCHO CUIDADO HE LEIDO ESTE COMUNICADO, EXIMIR Y DE ACUERDO A NO DEMANDAR Y ENTIENDO COMPLETAMENTE SU CONTENIDO, SOY CONSIENTE DE QUE SE TRATA DE UN COMUNICADO COMPLETO DE TODA RESPONSABILIDAD Y LO FIRMO DE MI PROPIA VOLUNTAD.

Nombre de Padre/Guardián

Fecha

Firma de Padre/Guardián

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR

En caso de enfermedad súbita, accidentes o lesiones que se produzcan durante dicho menor de edad está involucrado en un programa supervisado por el Desert Recreation District o de sus funcionarios, agentes, empleados, cuando ni los padres guardián o medico designado de la familia puede ser contactado, doy mi consentimiento y de conformidad con el Código Civil de California sección 2.58 y la sección 6910 del código de familia para la atención médica de emergencia y /o tratamiento dental, que sea necesaria en las circunstancias y estoy de acuerdo en ser responsable por los costos de dicha atención.

ENTIENDO QUE PARA ESTE PROGRAMA DESERT RECREATION DISTRICT NO PROVEE SEGURO MEDICO O DENTAL A LOS PARTICIPANTES Y QUE DICHOS TRATAMIENTOS Y COSTOS DER SER NECESARIOS SERAN DE MI PROPIA RESPONSABILIDAD.

Nombre de Padre/Guardián

Fecha

Firma de Padre/Guardián

MEDICO DE FAMILIA/HMO: PHONE:

Por favor proporcione la información que aparece a continuación. Esta información se mantendrá completamente confidencial en la medida de lo posible. Información médica pertinente de la historia clínica.



Tiene la menor alguna condición o enfermedad de (¿epilepsia u otro trastorno- convulsivo o diabetes?)

\_\_\_\_\_

Alergias a Medicamentos: ¿Es el menor de edad alérgico a la penicilina o cualquier otro medicamento?

\_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos continuados \_\_\_\_\_

Otras Alergias: \_\_\_\_\_

¿El menor está bajo tratamiento con un doctor? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Toma el menor regularmente algún medicamento? Si la respuesta es sí, ¿cuál medicamento?

\_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE NOMBRE O SEMEJANZA INCLUYENDO EL CONSENTIMIENTO EN NOMBRE DE UN MENOR DE EDAD

Yo, padre/guardián de \_\_\_\_\_ (Nombre completo del participante), consiento y concedo a Desert Recreation District el derecho a usar mi o el nombre del menor, voz, firma, fotografía, o la imagen para cualquier propósito legal incluyendo el que abarca el Código Civil de California Sección 3344. Entiendo que el Distrito puede, a su discreción, me fotografiar o el menor y / o hacer grabaciones de voz de mi o de menor importancia, y / o reproducir a mi o la imagen física del menor, ya que pueden aparecer en cualquier fotografía cámara fotográfica, película cinematográfica o de vídeo cinta y / o grabaciones de voz de mi o de menor importancia, preparado o realizado durante su participación en el programa de Desert Recreation District para su uso en conexión con cualquier exposición, programa de promoción, publicidad y difusión, en la televisión y cualquier película cinematográfica o una cinta de vídeo sobre el programa recreativo, tales o como material promocional para el Distrito. El nombre mio y del menor, la voz, firma, fotografía o imagen parecida puede ser usado o incorporado por período ilimitado de tiempo. Además, yo entiendo y reconozco que no tengo derecho a ninguna compensación por el uso de mi nombre o del menor y, o de mi voz, firma, fotografía o imagen parecida,

YO CERTIFICO DECLARO Y REPRESENTOY CONFORTABLE QUE HE LEIDO LO ANTERIOR Y DE COMPRENDER EL SIGNIFICADO Y SUS EFECTOS.

\_\_\_\_\_  
Nombre de Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardián



**Natación Pre-Escolar** - Para los niños pequeños de 3 a 6 años que tienen un nivel de básico del agua de la piscina, los padres no estarán en el agua con el niño durante la instrucción. Se les introducirá a los niños temas de edad apropiada de seguridad y comenzarán a aprender lo fundamental de la natación segura y eficaz. A tiempo de registración, los participantes serán ubicados en su nivel apropiado.

**Guppies** - Edad 3-6 años: Las habilidades incluyen: Entendimiento de reglas básicas de seguridad en el agua, las habilidades de ajustamiento de agua, soplando burbujas, flotar con el apoyo y sin apoyo de la parte delantera y trasera durante 5 segundos, patadas adelante y atrás con el apoyo, demostrar alterna acción del brazo con el uso simultáneo de las piernas. No es raro que los niños necesiten y deban tomar este curso de 2 o 3 veces.

**Aprende - A - Nadar** - Para las personas 6.5-14 años: Estas clases están diseñadas para los niños pequeños que buscan avanzar en sus habilidades de natación. Las especificaciones de edad asociados con cada nivel se utilizan simplemente una guía para la colocación adecuada. Hay cuatro niveles para los cuales los niños pueden avanzar, parte del material es similar a la de nuestros seres acuáticos pre-escolar, pero las habilidades introducidas se realizan con la instrucción apropiados para su edad.

**Pingüinos 1** - Edad 6.5-9 años: Para los niños con poca o ninguna experiencia en la natación. Habilidades que se enseñaran son: Entender las reglas básicas de seguridad en el agua, ajuste de habilidades en el agua, natación de espalda y flotar durante 5 segundos, patadas delantera y trasera con apoyo, demostrar alterna acción del brazo con el uso simultáneo de las piernas. Este curso es por lo general sólo se toma una vez.

**Pingüinos 2** - Edad 8 - 12 años: Para los niños con poca o ninguna experiencia en la natación. Las habilidades que se enseñarán son: Entender las reglas básicas de seguridad en el agua, ajuste de habilidades en el agua, natación de espalda y flotar durante 5 segundos, patadas delantera y trasera con apoyo, demostrar alterna acción del brazo con el uso simultáneo de las piernas. Este curso por lo general sólo se toma una vez.

**Mantarrayas** - Edad 6.5-12 años: Muestra la capacidad de realizar todas las habilidades mencionados en el nivel anterior y nadar 10 metros sin apoyo. Habilidades que se enseñan son: estilo libre con la respiración lateral, espalda, patada de mariposa, patada de braza, espalda y algunas habilidades más elementales de seguridad del agua. La mayoría de los niños tomar este curso 2-3 veces.

**Barracudas** - Edad 7-13 años: Las habilidades enseñadas incluyen: nadar 15 metros de crol con respiración lateral, nadar 15 metros de arrastrarse, nadar 10 metros en el tiro de espalda de primaria, nadar 10 metros patada de braza, nadar 10 -metros Tiro metros de costado, avanzar en el agua durante 1 minuto. La mayoría de los niños tomar este curso 2-3 veces.