



## Alberca Pawley Instrucciones para Aplicar

Esta aplicación se utilizará para verificar la elegibilidad de interesados a recibir una beca para "Operación Splash", un programa financiado por Kaiser Permanente Programas de Beneficio en la comunidad de "Comer Saludable", "Vivir una vida Activa". Cualquier niño/a que reciba 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 para procesar su aplicación:

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

**Paso 2** – Favor de proveer toda la información de contacto que se requiere en esta aplicación, si alguna información esta incorrecta, no podremos contactarlos.

**Paso 3** – Por favor llene la forma de Información **Adicional de Ingresos** forma en la **página 4**, si su hijo/a no califica para el programa de **alimentos gratis y reducidos.**

**Paso 4** – Complete la forma de participante en las páginas 5 a 7. Esta forma es **REQUERIDA** y debe llenarse **COMPLETAMENTE.**

**Paso 5** – Entregue su aplicación completa a uno de los siguientes lugares para procesar:

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

**Indio Community Center**  
45-871 Clinton Street  
Indio, CA 92201  
(760) 347-4263  
Lunes a Viernes  
6am- 9pm; Sabado 10am - 2pm

Todas las aplicaciones no conforme con las especificaciones serán descalificados. El Proceso de aplicación tomara aproximadamente **5 días** después de recibir la información para procesar candidatos y verificar ingresos. Le vamos a notificar a cada participante de su clase de natación la fecha y hora.

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

**IMPORTANTE – MARQUE LA FECHA – IMPORTANTE**

**“Operación Splash Comienza”**

**Sábado 08 de Junio, 2019 de 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 sus detalles de las clases de natación.

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

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



## Aplicación Alberca Pawley

*Por favor Imprima*

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Cuidad Y Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

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

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

**TODA INFORMACION QUE SE PROVEE ES CONFIDENCIAL Y SUJETA A VERIFICACION.**

Su hijo/a participa y califica para el programa con su escuela de **Free and Reduced Lunch Program (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 (por favor imprima): \_\_\_\_\_ inicial: \_\_\_\_\_

Fecha de Verificación: \_\_\_\_\_

Debe llenarse por empleado de Distrito Escolar.

Programa o Actividad para la que está aplicando:

**Clases de Natación** (Seleccione en la página 3)

Por favor seleccione la clase deseada en la página 3.

Escoja 5 en orden de preferencia de **1 a 5**

*Nota: Cada participante es solo elegible para una sesión de clases, y no son garantizadas su primera elección. DRD tratara lo posible porque cada participante este en la clase deseada. (Para descripciones detalladas y niveles, Lea la página 8)*

Aplicación recibida (DRD uso solamente)

Aprobado  No Aprobado

**DECLARACIÓN DEL APPLICANTE:** Certifico por este medio que la información sobre esta forma es exacta y completa. Entiendo que esta auto certificación puede estar conforme a la verificación adicional por la agencia que proporciona los servicios, o Kaiser Permanente. Yo, por lo tanto, autorizo tal verificación y proporcionaré documentos de soporte, si es necesario.

\_\_\_\_\_  
Firma de Adulto/Guardián

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

\_\_\_\_\_  
Fecha



X	Activity Name	#	Start Time
	Guppies		9:00am
			10:00am
			11:00am
			4:00pm
			5:00pm
			6:00pm
	Penguins 1		9:00am
			10:00am
			11:00am
			4:00pm
			5:00pm
			6:00pm
	Penguins 2		9:00am
			10:00am
			11:00am
			4:00pm
			5:00pm
			6:00pm
	Stingrays		10:00am
			11:00am
			5:00pm
			6:00pm
	Barracudas		9:00am
			10:00am
			4:00pm
			5:00pm
	Sharks		10:00am
			11:00am
			5:00pm
			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:** Mis ingresos por año de la familia actual de todas las fuentes 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 beneficiando 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 la familia.

Para determinar exactamente su **ingreso del hogar** usted debe incluir el ingreso de todas las personas que residen en su hogar de todas las fuentes. 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 provee copias)</i>	
_____	2 Salarios, Trozo de su último Pago
_____	2019 W-2 o Regreso de Impuestos
_____	Desempleo o Re-enumeración del Trabajador
_____	Seguro Social
_____	Manutención de los hijos o cheque de pensión alimenticia

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 de los límites de los ingresos se basa en áreas justas del alquiler del mercado de FY 2018 (FMR). (Departamento de Estados Unidos de la cubierta y urbano y del desarrollo).

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 Contacto de Emergencia 1</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 1</b> (una persona que no sea padre o guardián o contacto de Emergencia 2)	<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 concede permiso a mi hijo/a de participar en el evento o clases mencionadas aquí en Desert Recreación District (District) \_\_\_\_\_  
 (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 los varios locales en autobús o automóvil el riesgo personal, muerte y danos materiales. Yo reconozco que con mi consentimiento voluntario que mi hijo/a está participando voluntariamente en este evento/clase y de acuerdo en asumir 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 compromete 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, entender 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 mí, 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.

HE LEIDO ESTE COMUNICADO, EXIMIR Y DE ACUERDO DE 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 de acuerdo en ser responsable por el costo de dicha atención.

ENTIENDO QUE DESERT RECREATION DISTRICT NO PROVEE SEGURO MEDICO O DENTAL PARA ESTE PROGRAMA Y QUE DICHO TRATAMIENTO ESTA A MI PROPIO COSTO.

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 confidencial en la medida de lo posible. La información pertinente historia clínica. Tiene la menor alguna condición o enfermedad (¿epilepsia u otro trastorno- convulsivo, diabetes?)



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

¿Esta el menor bajo el tratamiento de un doctor? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Toma el menor regularmente el medicamento? Si, cual 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. Mi nombre y del menor, la voz, firma, fotografía o imagen puede ser usado o incorporado por un período ilimitado de tiempo. Además, entiendo y reconozco que no tengo derecho a ninguna compensación por el uso del nombre de mi o de menor importancia, la voz, firma, fotografía o imagen.

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

\_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Guardián

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma de Padre/Guardián



## Lecciones de Natación - Descripciones detalladas de los niveles

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

**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 - Tiro metros de costado, avanzar en el agua durante 1 minuto. La mayoría de los niños tomar este curso 2-3 veces.

**Tiburones** - Edad 8 - 14 años: Los niños deben ser capaces de nadar estilo libre con la respiración lateral, espalda, espalda y primaria para 25 yardas. La instrucción se enfoca en la resistencia con la espalda y estilo libre, estilo libre para respirar maestro lado, y construir sobre la mariposa y espalda elemental. Pecho, costado, y girando a la pared se presentó. La mayoría de los niños tomar este curso 2-3 veces.