

GMYS Moviéndose con la Música Campamento de Verano 2023

Principiante (Cuerdas):
 Julio 5 – Julio 29 (9:00 AM - 4:00 PM) St. Johns Episcopal 145 NE 10th St, Homestead, FL 33030

Principiante/Intermedio (Banda y Cuerdas): Junio 12– Julio 21 (9:00 AM - 4:00 PM) True North Dadeland 7900 SW 86th St Miami, FL 33143

Intensivo: Junio 14-Junio 28 Christ the King Lutheran Church 11295 SW 57th Ave Pinecrest, FL 33156

Cuerdas Intensivo (9:00 AM - 2:00 PM)
 Banda Intensivo (11:00 AM- 4:00 PM)

Apellido del Menor _____, **Nombre** _____ **Segundo nombre** _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Sexo del menor Masculino Femenino

Número del ID de MDCPS Sin ID de MDCPS

Escuela a la que asiste el menor _____

¿Es el niño/a competente en inglés? Sí No

Otros idiomas que se hablan en su hogar Español Haitiano-Creole Otro _____ Ninguno

Dirección _____ **Ciudad** _____ **Código postal** _____

Origen étnico del menor Hispano Haitiano Otro, por favor explique _____

Raza del menor Indio americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano
 Originario de las Islas del Pacífico Blanco Otro Multiracial

Grado escolar del menor ***Grado RECIEN completado**

¿Tiene el menor seguro de salud (ej., seguro privado, KidCare, Medicaid)? Sí No
 (Si no tiene, The Children's Trust puede ayudarle a encontrar una cobertura económica—llame al 211 o visite www.thechildrenstrust.org/parents/health-connect/insurance)

Nombre completo del padre, madre o guardián del menor _____

Correo electrónico del padre, madre o guardián del menor _____

Teléfono principal del padre, madre o guardián

¿Es este un celular/teléfono móvil? Sí No

(The Children's Trust podría comunicarse con usted por correo, correo electrónico y/o texto para preguntarle acerca de su satisfacción con estos servicios, y para notificarle de otros programas financiados por The Children's Trust, iniciativas y eventos en los que podría estar interesado/a.)

Número de niños que viven en el hogar (incluido el niño participante)

¿Es el participante hijo de una familia militar? Sí No

Un miembro de la familia del niño es: 1) un miembro en servicio activo de los servicios uniformados; 2) un miembro de la Guardia Nacional o reservas; 3) un miembro o veterano que resultó gravemente herido y fue dado de alta o jubilado por motivos médicos; o 4) Un miembro muerto en el cumplimiento del deber.

Continúa en la página siguiente

¿Qué ayuda recibe su hijo(a) en este momento, si alguna? (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Terapia o servicios de conducta | <input type="checkbox"/> Terapia física (PT) |
| <input type="checkbox"/> Consejería para problemas emocionales | <input type="checkbox"/> Servicios de educación especial en la escuela |
| <input type="checkbox"/> Medicación diaria (no incluye vitaminas) | <input type="checkbox"/> Terapia de habla/lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional (OT) | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |

¿Qué condiciones tiene su hijo(a) que se espera duren un año o más? (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Desorden del espectro autista | <input type="checkbox"/> Discapacidad o impedimento físico |
| <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo (si es menor de 5 años) | <input type="checkbox"/> Problemas de agresividad o de temperamento |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual o de desarrollo (mayor de 5 años) | <input type="checkbox"/> Problemas de atención e hiperactividad (ADHD) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva o sordera | <input type="checkbox"/> Problemas de depresión o ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad del aprendizaje (si está en edad escolar) | <input type="checkbox"/> Condición del habla o del lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Condición médica o enfermedad | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual o ceguera |
| | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |

Instrumento: _____ **Años de estudio:** _____ **Profesor privado (nombre):** _____

Tamaño de la camisa (Marque uno) Joven : S M L
Adulto: S M L XL XXL

Instrumento Interesado: _____

*Debido a COVID-19, todos los instrumentos elegidos se mantendrán hasta el final del campamento. Los instrumentos no se pueden cambiar cuando se seleccionan.

PAGO

La inscripción no estará completa hasta que se pague la matrícula. Si la matrícula no se paga antes del 5 de Junio de 2023, se perderá el derecho a la plaza del estudiante. Una vez que se reciban los pagos de la matrícula, no habrá reembolsos a menos que GMYS cancele las clases. Los costos de matrícula cubren la duración total del campamento (ya sea 2, 4 o 6 semanas) y deben pagarse en su totalidad incluso si el estudiante está ausente. Los estudiantes deben estar completamente registrados para poder participar en cualquier actividad del campamento. Consulte la página siguiente para conocer la matrícula y las tarifas. La información, los formularios y los detalles del campamento están disponibles en www.gmys.org.

Preferencia de Registro y Pago en Línea

Si está interesado(a) en otros servicios financiados por The Children's Trust,
Por favor llame al 211 o visite www.thechildrenstrust.org. Si necesita encontrar ayuda para servicios especiales para su hijo/a, visite www.advocacynetwork.org o www.thechildrenstrust.org/cwd

Autorizo el envío de esta información a The Children's Trust para fines de calidad y evaluación del programa. The

Children's Trust proporciona financiación para este programa.

FIRMA DEL PADRE, MADRE O GUARDIÁN _____ **FECHA** _____

Preguntas: Comuníquese con GMYS

Teléfono: (305) 667-4069

Correo electrónico: camp@gmys.org

¿Cómo se enteró de nosotros?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Publicidad impresa
¿Cuál? _____ |
| <input type="checkbox"/> Referencia de amigos / familiares | <input type="checkbox"/> Redes sociales |
| | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Revised March 2021

Queremos conocer mejor a su hijo para poder brindarle la mejor experiencia posible en nuestros programas. Cuéntenos más sobre su hijo...

¿Cuáles son las principales formas en que su hijo se comunica? (Marque todo lo que corresponda)

- Habla y se le entiende fácilmente
- Habla pero es difícil de entender
- Usa dispositivos de comunicación como imágenes o una pizarra
- Usa gestos o expresiones como señalar, jalar, sonreír, fruncir el ceño o parpadear
- Usa lenguaje de señas
- Usa sonidos que no son palabras como reír, llorar o gruñir

¿Qué ayuda, si alguna, recibe su hijo en este momento? (Marque todo lo que corresponda)

- Servicios o terapia conductual
- Fisioterapia (PT)
- Consejería para problemas emocionales
- Servicios de educación especial en la escuela
- Medicación diaria (sin incluir vitaminas)
- Terapia del habla/lenguaje
- Terapia ocupacional (OT)
- Ninguno de los anteriores

¿Qué condiciones tiene su hijo que se espera que duren un año o más? (Marque todo lo que corresponda)

- Trastorno del espectro autista
- Discapacidad física o impedimento
- Retraso en el desarrollo (solo si es menor de 5 años)
- Problemas con la agresión o el temperamento
- Discapacidad intelectual/del desarrollo (mayores de 5 años)
- Problemas de atención e hiperactividad (TDAH)
- Problemas de depresión o ansiedad
- Discapacidad auditiva o sordera
- Condición del habla o del lenguaje
- Discapacidad de aprendizaje (edad escolar)
- Discapacidad visual o ceguera
- Condición médica o enfermedad
- Ninguno de los anteriores

Si marcó "Ninguna de las anteriores" en la pregunta anterior, omita las siguientes dos preguntas y firme a continuación.

Si marcó alguna otra respuesta en la pregunta anterior, responda las preguntas restantes y firme a continuación.

¿Alguna de las condiciones marcadas anteriormente le dificulta a su hijo hacer cosas que otros niños de la misma edad pueden hacer? Sí No

Para apoyar la participación exitosa de su hijo en este programa, ¿en qué áreas podría necesitar ayuda adicional?

- No necesita ayuda específica
- Sostener un crayón/lápiz, escribir, usar tijeras u otras tareas de motricidad fina
- Deportes o actividades físicas como correr u otras tareas motoras gruesas
- Manejo de sentimientos y comportamiento
- Actividades académicas, de aprendizaje o de lectura
- Adaptar las actividades para tener en cuenta una discapacidad visual o auditiva
- Usar dispositivo(s) de asistencia como una silla de ruedas, muletas, aparato ortopédico o andador
- Servicios personales como ayuda para comer, ir al baño o cambiarse de ropa
- Otro _____

¿Está su hijo en el Sistema de Dependencia?

- Sí
- No

¿Está su hijo en el Sistema de Delincuencia?

- sí
- No

Díganos cualquier otra cosa que crea que es importante que sepamos sobre su hijo:

Si está interesado en otros servicios financiados por The Children's Trust, llame al 211 o visite www.thechildrenstrust.org. Para recursos de necesidades especiales para su hijo, visite www.advocacynetwork.org o www.thechildrenstrust.org/cwd. Doy mi permiso para que esta información se envíe a The Children's Trust para la calidad y evaluación del programa. propósitos The Children's Trust proporciona fondos para el programa.

FIRMA DEL PADRE / TUTOR _____

Fecha. _____

Matrícula y Tarifas

La matrícula debe pagarse en su totalidad antes del 5 de junio de 2023. Una vez que se reciban los pagos de la matrícula, no habrá reembolsos a menos que GMYS cancele las clases. Los costos de matrícula cubren la duración total del campamento (ya sea 2, 4 o 6 semanas) y deben pagarse en su totalidad incluso si el estudiante está ausente.

**Las becas se asignan por orden de llegada y son limitadas. Se DEBE pagar una tarifa de registro no reembolsable.
¡Solicite temprano para tener la mejor oportunidad de recibir asistencia financiera!**

Para recibir asistencia financiera, debe proporcionar una prueba de necesidad con cualquiera de los siguientes: declaración de impuestos sobre la renta de 2022, notificación de terminación/licencia, documentación de desempleo o cualquier otra prueba aprobada de necesidad. Por favor envía todos los materiales de la beca a Michelle Sánchez en msanchez@gmys.org. Las familias serán notificadas de su beca al final de la primera semana del campamento.

Planes de pago disponibles a pedido. (tarifa adicional de \$ 25)

Me gustaria un plan de pago

Escuela Secundaria True North: Principiante/Intermedio
Matrícula Campamento de 6 semanas
9:00 AM - 4:00 PM \$525

Para TODOS LOS CAMPAMENTOS: Debe pagar una tarifa de registro no reembolsable de \$60 antes del 5 de junio de 2023 con este formulario de registro.

- Young Mozarts Cuerdas Preparatoria
 Strings Orchestra Cuerdas Exploratorio
 Concert Band
 Banda Exploratorio

St. Johns Episcopal Homestead: Campamento de 4 semanas 9:00 AM - 4:00 PM SOLO CUERDAS \$225

- Young Mozarts 2+ años de experiencia
 Advanced Prep 1+ años de experiencia
 Beginning Preparatory < 1 años de experiencia
 Exploratory Strings 0 años de experiencia

Christ the King Lutheran: Intensivo Campamento de 2 semanas (los horarios se enumeran a continuación)

- Cuerdas Intensiva \$525 9:00 AM - 2:00 PM
 Banda Intensiva \$525 11:00 PM - 4:00 PM

Contactos de Emergencia

Nombre	Relación con el Estudiante	Lugar de Empleo	Numero de Trabajo	Numero de Telefono

Autorización para Caminar a Casa

Días: _____

Tiempos Exactos: _____

Entiendo que GMYS no es responsable del cuidado de mi hijo después de los tiempos indicados anteriormente.

Firma del Padre / Tutor: _____

Fecha: _____

3. OPCIONAL: CUIDADO ANTES/DESPUÉS (Principiante/Intermedio) - \$150 por estudiante por las 6 semanas completas Se puede pagar en su totalidad al comienzo del campamento

O \$25 por semana se pueden pagar el lunes de cada semana

Antes de la atención comienza a las 7:30 a.m. After Care termina a las 6:00 p. m.

B OPCIONAL: CUIDADO ANTES/DESPUÉS (St. John's Episcopal) \$100 por estudiante por las 4 semanas completas

Se puede pagar en su totalidad al comienzo del campamento.

O \$25 por semana se pueden pagar el lunes de cada semana

Antes de la atención comienza a las 7:30 a.m. After Care termina a las 6:00 p.m.

Mi (s) hijo (s) _____ necesitará cuidado antes y / o después durante el campamento de música de verano de GMYS.

Registraré la entrada y salida de mi (s) hijo (s) antes y después del cuidado. Estoy de acuerdo en que GMYS no es responsable de mis hijos si los dejan antes de las 7:30 a. M. O los recogen después de las 6:00 p. M. Reconozco que se notificará a las autoridades correspondientes si A) yo u otra persona de contacto de emergencia no llegamos para recoger a los niños antes de las 6 pm, o B) si no se ha hecho contacto con el personal del campamento notificándoles de una emergencia prohibir que los niños sean recogidos.

Indique en la tabla de contactos de emergencia quién dejará o recogerá a los niños para el cuidado antes y / o después. Esta persona DEBE firmar la entrada y salida del niño (s) con el supervisor de cuidado antes / después.

Los niños SOLAMENTE serán entregados a las personas que figuran en la tabla de contactos de emergencia y se les pedirá que muestren una identificación al llegar.



Formulario de Plan de Pago: Formulario de Autorización de Tarjeta de Crédito

Complete este formulario de autorización y devuélvalo.

Toda la información permanecerá confidencial.

Devuelva el formulario completo y firmado a: msanchez@gmys.org

Comprobar Campamento

\$525 6 wk True North \$225 4 wk St. Johns \$525 2wk Christ the King

Nombre como aparece en la tarjeta: _____

Dirección de Envío: _____

Email: _____

Número de Teléfono: _____

Método de Pago: Cheque Tarjeta de Credito Cash

Tipo de Tarjeta: Visa Mastercard Discover AmEx

Número de Tarjeta: _____

Fecha de Expiración (MM/AA): _____

CVC Código de Seguridad: _____ (3 dígitos en el reverso de la tarjeta, 4 dígitos AmEx)

Seleccione su Opción de Plan de Pago: 6 de Junio 1 de Julio 22 de Julio

- **Dos pagos - Seleccione Fechas Arriba**

_____ (Iniciales) Por la presente autorizo a Greater Miami Youth Symphony of Dade County Florida, Inc., a cargar dos pagos a mi saldo actualmente adeudado en mi cuenta de \$ _____ hasta que se pague la cantidad en su totalidad.

- **Tres pagos - Seleccione Fechas Arriba**

_____ (Iniciales) Por la presente autorizo a Greater Miami Youth Symphony of Dade County Florida, Inc., a cargar tres pagos a mi saldo actualmente adeudado en mi cuenta de \$ _____ hasta que se pague la cantidad en su totalidad.

(Esto debe acordarse independientemente del método de pago).

_____ (Iniciales) Declaro que soy el titular autorizado de la tarjeta y que, al firmar a continuación, comprendo y acepto los términos establecidos en este acuerdo, y acepto pagar y autorizo específicamente a Greater Miami Youth Symphony of Dade County, Florida, Inc., para cargar los servicios prestados en mi tarjeta de crédito mencionada anteriormente, incluida una tarifa de conveniencia de \$3.00 por transacción. Además, acepto que, en caso de que mi tarjeta de crédito se vuelva inválida, proporcionaré una nueva tarjeta de crédito válida a pedido, para que se le cobre el pago de los saldos adeudados. Acepto pagar esta compra de acuerdo con el acuerdo/titular de la tarjeta del banco emisor. Entiendo que hay una tarifa única de \$25.00 para establecer cuentas de planes de pago y que los cargos realizados por los servicios prestados no son reembolsables. Las cuentas vencidas del plan de pago pueden resultar en la suspensión o expulsión de Greater Miami Youth Symphony of Dade County, Florida, Inc.

Nombre de estudiante _____

Campamento/Conjunto _____

Firma del titular de la tarjeta: _____

Fecha: _____

Nombre en letras de Imprenta: _____

POLÍTICAS Y EXENCIONES DE PERMISO

PÓLIZA DE CANCELACIÓN

Todas las clases están sujetas a cancelación en función de la financiación y la inscripción. Se otorgarán reembolsos por cualquier cancelación por parte de GMYS. No se darán reembolsos por cancelaciones por parte del participante.

PÓLIZA DE PROGRAMACIÓN

Todas las clases están sujetas a cambios según la financiación y la inscripción. Se otorgarán reembolsos por cualquier cancelación por parte de GMYS. No se darán reembolsos por cancelaciones por parte del participante.

PÓLIZA DE ASISTENCIA

Los estudiantes que falten más de dos días durante la duración del campamento de verano serán despedidos del campamento. Los estudiantes expulsados del campamento no recibirán reembolsos de matrícula. Aquellos con asistencia perfecta tienen acceso a nuevas oportunidades y sorpresas de verano. La asistencia a todos los conciertos es obligatoria.

Firma del Padre / Tutor: _____

Fecha: _____

Permiso de Transporte

Formulario de consentimiento integral de los padres / tutores y exención de responsabilidad
(Los estudiantes no pueden asistir a excursiones fuera del sitio a menos que se firme esta exención)

Yo, (padres / tutores) _____ otorgo permiso para que mi hijo _____ sea transportado en un vehículo motorizado conducido o contratado por GMYS, un servicio de autobús aprobado por MDCPS o una camioneta del programa conducida por un empleado de GMYS. Entiendo que se espera que mi hijo siga todas las leyes aplicables con respecto a viajar en un vehículo de motor y se espera que siga las instrucciones proporcionadas por el conductor y / u otros miembros adultos del personal o voluntarios. Estoy de acuerdo en mi nombre, el de mi hijo aquí mencionado y nuestros herederos, sucesores y cesionarios de mantener indemne y defender a GMYS, sus funcionarios, directores y agentes, y cualquier agencia de financiación, de todas y cada una de las acciones, reclamaciones, demandas, daños, costos, gastos y todos los daños consecuentes que surjan de o en relación con el transporte de mi hijo por parte de empleados de GMYS o un servicio de autobús aprobado por MDCPS.

He leído todo este formulario de autorización y exención, lo entiendo completamente y acepto estar legalmente obligado por sus términos.

Firma del padre / tutor _____ Fecha _____

Información Médica del Participante

Indique a continuación cualquier condición médica o de comportamiento que tenga o haya tenido su hijo y que deba ser considerada. Incluya cualquier medicamento que deba administrarse mientras asiste al programa (alergias, medicación actual, actividades a evitar, características / técnicas de comportamiento, etc.). Indique también si su hijo tiene un mayor riesgo de contraer COVID-19 debido a afecciones médicas preexistentes. Además, indique si existen necesidades especiales y / o adaptaciones necesarias que nuestro personal deba conocer para brindar la mejor atención posible. **SI NO HAY NINGUNO, ESCRIBA N / A.**

Verificación Médica y Consentimiento

Por la presente, doy permiso a los médicos seleccionados por GMYS para ordenar radiografías, pruebas de rutina y tratamiento para la salud de mi hijo en caso de que no pueda ser contactado en una emergencia. Doy permiso al médico para hospitalizar, asegurar el tratamiento adecuado y ordenar la inyección y / o anestesia y / o cirugía para mi hijo. Doy fe de que el participante es físicamente capaz de participar en todas las actividades planificadas y organizadas por GMYS y que la condición física del participante ha sido verificada por un médico con licencia, y doy mi consentimiento para cualquier tratamiento médico necesario para el participante en caso de una emergencia. Comprendo como padre o tutor legal del participante que las actividades implican riesgos, y por la presente asumo voluntariamente todos los riesgos, como lesiones causadas por la negligencia de GMYS y / o sus voluntarios, consultores y funcionarios. Mi seguro personal tiene la responsabilidad principal en caso de accidente.

Padre/ Tutor Firma _____ Fecha _____



AUTORIZACION PARA FOTOGRAFIA/VIDEO

Yo, _____, el padre o guardián de _____, autorizo y doy por este medio consentimiento al personal de The Children's Trust del Condado Miami-Dade y/o los proveedores de servicios que financia, de la siguiente manera:

Yo por la presente:

otorgo permiso y autorizo no otorgo permiso ni autorizo

al personal de The Children's Trust del Condado Miami-Dade y/o los proveedores de servicios que financia, a tomar y a usar fotografías corrientes, fotografías digitales, películas, transmisiones de televisión, y/o a hacer grabaciones ("grabaciones" de aquí en adelante) de mí, de mis niños, o de mis dependientes con fines educativos, de investigación, documentales, y con el propósito de relaciones públicas.

Firma del Padre o Guardián

Firma del Testigo

Fecha

Fecha

Cualquier grabación puede revelar su identidad a través de la imagen por sí misma, sin esperar ninguna remuneración para usted, sus hijos o niños en su custodia.

Cualquiera de y todas las grabaciones tomadas de usted, sus hijos o niños en su custodia serán la propiedad única de The Children's Trust y de sus programas financiados.

Con respecto al uso de cualquier grabación tomada de usted, de sus hijos o de niños en su custodia, usted renuncia por este medio a cualesquiera y a todas las demandas presentes y futuras que pueda tener contra The Children's Trust del Condado Miami-Dade, su personal, los proveedores de servicios que financia, empleados, agentes afiliados y miembros de la junta directiva.



Yo, como padre o tutor legal del estudiante _____,
Reconozco que la pandemia de COVID-19 está ocurriendo ahora y puede continuar siendo un peligro grave durante todo el período del programa para el que me estoy inscribiendo. Si elijo que mi estudiante asista a clases o eventos en persona, me aseguraré de que siga todos los protocolos de seguridad de enfermedades creados por GMYS para este programa; Además, informaré inmediatamente a GMYS si presenta síntomas de enfermedad o ha experimentado una exposición a una persona infectada con COVID-19, y seguiré las instrucciones de GMYS con respecto a su asistencia futura. Para todos los eventos en persona, por la presente asumo el riesgo de contagio y acepto liberar, eximir de responsabilidad, defender e indemnizar a la Sinfónica Juvenil de la Gran Miami del condado de Dade, Florida, Inc., así como a la Escuela Cristiana de Miami, la Congregación Unitaria Universalista de Miami y St. Johns Episcopal Homestead y todo su personal, agentes, gerentes, directores y funcionarios de y de cualquier responsabilidad por la enfermedad COVID-19 o consecuencias relacionadas, incluidas las reclamaciones que se desconocen actualmente pero que puedan surgir en el futuro. y cualquier reclamo de supuesta negligencia por parte del liberado.

He leído y entendido los procedimientos de limpieza / saneamiento y cancelación de GMYS como se describe en el sitio web www.gmys.org

Firma _____

Nombre _____

Fecha _____

**Por favor enviar completado
formularios de inscripción a
KatherineAM@GMYS.org**

**Tenga en cuenta que su registro no es
completo hasta que se reciba el pago. Una vez que
nosotros ha recibido su formulario de registro, usted
ser contactado sobre el estado de su pago.**

**Para cualquier pregunta, envíe un correo electrónico
KatherineAM@gmys.org**