EXECUTIVE COMMITTEE

Board Chair
Andrew Wolf

Vice-Chair
Ali Mendoza

Treasurer
Michael Schwartz

Secretary
Denise Ben-David

Immediate Past

Board Chair
Brad Sokol

BOARD OF DIRECTORS

Mindy Aguirre
Bruce Alter
Gail Appelrouth
Emily Demar
Ana-Sofia DuLaney
Vicki Einhorn
Paige Hyman
Jason H. Klein
Gus Machado, Jr.
Danielle Masback
Fran Miller
Carol Price
Rita Rodriguez
Spencer Solove
Scott Weingarden

PAST PRESIDENTS

Morris Futernick
Naomi B. Olster
Roslyn K Berrin
Richard N. Bernstein
Michael H. Bittel
Marcia Reisman
Freda Greenbaum
Steven M. Foldes
Noreen Gordon Sablotsky
Shelley Jacoby
Shelly Brodie
Jorge Rawicz
Beth Davidson
William Grossman
Robert Turk
Josh Rader
Rachel Camber
Keith Ginsburg

CEO
Irene Tzanani

CFO
Angela Florez

Julio 2025

Estimados solicitantes de Trust Family,

El Dave and Mary Alper JCC, con el generoso financiamiento de The Children's Trust, puede ofrecer un número limitado de becas parciales para nuestro año escolar 2025 - 2026.

El programa Children's Trust es bien conocido en la comunidad, y hay una gran demanda de espacio en nuestros programas. Somos uno de los pocos proveedores en el área de Kendall, por lo que queremos asegurarnos de que estamos sirviendo a los niños y familias con mayor necesidad financiera.

Tenga en cuenta que la asistencia diaria es OBLIGATORIA durante el año escolar. No mantener un historial de asistencia positivo puede resultar en la cancelación de la inscripción. Esta solicitud no garantiza la aceptación en el programa.

Para que podamos tomar una decisión informada sobre quién califica para una beca, cada solicitante debe proporcionar la siguiente información. **Por favor, marque que TODOS los documentos a continuación han sido completados y entregados:**

- ☐ **Toda** esta solicitud adjunta de Children's Trust
- ☐ Una carta de declaración -de la necesidad que documente las razones o circunstancias de la necesidad de esta beca..
- ☐ Copia final de su declaración de impuestos de 2024 (si está divorciado o presenta una declaración por separado, debe proporcionar las declaraciones de impuestos de AMBOS padres). Las solicitudes SOLO se considerarán con su declaración de impuestos del 2024.
- ☐ El IEP (Programa de Educación Individualizada) o el plan de la Sección 504 de su hijo/a (si corresponde)
- ☐ Complete la solicitud de cuidado después de la escuela. Solicitud encontrado en ww.alperjcc.org/jdays

Cada documento debe ser cargado en alperjcc.org/trust. Por favor, titule cada documento con el nombre de su hijo/a y el nombre del documento (ejemplo: John Doe-Impuestos 2024).

Si es aceptado, el pago del programa debe realizarse con tarjeta de crédito, en efectivo o con un cheque a nombre de Alper JCC. Tenga en cuenta que su hijo/a deberá participar en evaluaciones durante el año escolar para seguir su progreso en nuestro programa. Dependiendo de las necesidades académicas, puede requerirse que los niños participen en nuestro programa de Intervención de Lectura.

La misión del Dave and Mary Alper JCC es asegurarse de atender a las familias con mayores necesidades. La inscripción previa no garantiza una renovación automática. Se le notificará si se otorgará una beca a su familia. Por favor, envíe la documentación requerida antes del 1 de agosto de 2025.

Atentamente,
El equipo de JDays

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE NIÑO/JOVEN

Apellido _____ **Nombre** _____ **Segundo nombre** _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/ AAAA)_____/_____/_____

Género ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ No binario/ Género no convencional ☐ Transgénero ☐ Otro

Calle _____ **Ciudad** _____ C. Postal _____

Apellido del cuidador_____ **Nombre** _____ **Teléfono del cuidador(** ____**)** _____ -_____

¿Celular? ☐ Sí ☐ No **Correo electrónico del cuidador** _____

Idioma preferido del cuidador para contactarlo (Seleccionar uno solo): ☐ Inglés ☐ Español ☐ Creole

(Opcional) Teléfono del niño/ joven (____**)** _____ -_____ **(si aplica) ¿Celular?** ☐ Sí ☐ No

(Opcional) Email del niño/ joven _____

The Children's Trust puede comunicarse contigo por correo postal, correo electrónico y/ o mensaje de texto para preguntas sobre tu satisfacción con los servicios y para informarte sobre otros programas, iniciativas y eventos financiados por The Trust que puedan ser de tu interés.

¿Cuál es el grado actual del niño/ joven? (Para el verano, selecciona el último grado terminado - Selecciona solo uno):

☐ **Pre-K** ☐ **Kindergarten** ☐ **Grados 1st-12th (especificar)** _____

☐ **College** ☐ **Menos de 5 años, sin escuela** ☐ **Sin escuela**

Miami-Dade County Public Schools ID # _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ ☐ No M-DCPS ID #

TODOS LOS ESTUDIANTES QUE ASISTEN A ESCUELAS PÚBLICAS O CHARTER DEBEN TENER UN NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LA ESCUELA.

Escuela o college actual del niño/ joven _____

¿Cuál es el idioma preferido del niño/ joven para contactarle? (Seleccionar solo uno)

☐ Inglés ☐ Español ☐ Creole

¿En qué **idioma(s) el niño/ joven se siente cómodo para comunicarse? (Seleccionar todas las que correspondan)**

☐ Inglés ☐ Español ☐ Creole ☐ Portugués ☐ Francés ☐ Otro:_____

Etnicidad
¿El niño / joven se identifica como hispano o latina/o/x? ☐ Sí ☐ No ¿Se identifica como haitiano? ☐ Sí ☐ No

Raza (Seleccionar una sola):
☐ Indio americano o de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Isleño del Pacífico ☐ Blanco

☐ Birracial o Multirracial ☐ Prefiere autodescribirse _____

Queremos conocer mejor a tu hijo para poder brindarle la mejor experiencia posible en nuestros programas. Cuéntanos más sobre este...

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

☐ Habla y se le entiende fácilmente

☐ Habla, pero se le entiende con dificultad

☐ Usa dispositivos de comunicación como imágenes o pizarra

☐ Usa gestos o expresiones como señalar, halar, sonreír, fruncir el ceño o parpadear

☐ Use lenguaje de signos

☐ Usa sonidos que no son palabras, como reír, llorar o gruñir

¿Qué ayuda, si alguna, recibe tu niño/ joven en este momento? (Marcar todo lo que corresponda)

- ☐ Servicios o terapia conductual
- ☐ Consejería sobre preocupaciones emocionales
- ☐ Medicación diaria (sin incluir vitaminas)
- ☐ Terapia ocupacional (TO)
- ☐ Fisioterapia (PT)
- ☐ Servicios de educación especial en la escuela
- ☐ Terapia del habla/ lenguaje
- ☐ Ninguna de las anteriores

¿Qué condiciones posee tu niño/ joven que podría durar un año o más? (Marcar todo lo que corresponda)

- ☐ Desorden del espectro autista
- ☐ Retraso en el desarrollo (solo si menor de 5 años)
- ☐ Discapacidad intelectual/del desarrollo (si mayor de 5 años)
- ☐ Discapacidad auditiva o sordera
- ☐ Discapacidad de aprendizaje (edad escolar)
- ☐ Condición médica o enfermedad
- ☐ Discapacidad o impedimento físico
- ☐ Problemas de agresividad o de temperamento
- ☐ Problemas de atención e hiperactividad (TDAH)
- ☐ Problemas de depresión o ansiedad
- ☐ Condición del habla o del lenguaje
- ☐ Discapacidad visual o ceguera
- ☐ Otra condición que podría durar un año o más (especificar): _____
- ☐ Ninguna condición que dure un año o más

Si en la pregunta anterior marcaste "Ninguna condición que dure un año o más", omite las siguientes dos preguntas y firma a continuación. Si marcaste alguna otra respuesta en la pregunta anterior, responde las preguntas restantes y firma a continuación.

¿Alguna de las condiciones mencionadas hace que sea más difícil para tu niño/joven hacer cosas que otros de la misma edad pueden hacer?

☐ Sí ☐ No

Para apoyar la participación exitosa de tu niño/ joven en este programa, ¿en qué áreas podrían necesitar asistencia adicional?

- ☐ No necesita ayuda específica
  - ☐ Sostener una crayola/lápiz, escribir, usar tijeras u otras tareas de motricidad
  - ☐ Deportes o actividades físicas como correr u otras tareas motoras fuertes
  - ☐ Manejo de sentimientos y comportamiento
  - ☐ Actividades académicas, de aprendizaje o lectura
  - ☐ Adaptar actividades para considerar una discapacidad visual o auditiva
  - ☐ Usar dispositivos de asistencia como silla de ruedas, muletas, aparato ortopédico o andador
  - ☐ Servicios personales como ayuda para comer, ir al baño o cambiarse de ropa
  - ☐ Otra _____

¿Hay algo más que creas debemos conocer sobre tu hijo/ joven?

_____

Si estás interesado en otros servicios financiados por The Children's Trust, llama al 211 o visita www.thechildrenstrust.org.
Para recursos de necesidades especiales para tu niño/ joven, visita www.advocacynetwork.org o www.thechildrenstrust.org/content/children-disabilities.

Como parte de mi participación voluntaria en este programa, doy mi permiso para que la información recopilada a través de este programa sea enviada a The Children's Trust para fines de evaluación y calidad del programa. The Children's Trust ofrece fondos para que el programa funcione y sigue reglas estrictas de protección de privacidad de datos sobre la información recopilada (por ejemplo, sigue las pautas de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia/FERPA).

FIRMA DEL PADRE/ GUARDIÁN _____ **FECHA**_____

FOR STAFF USE ONLY (*MUST BE COMPLETED*)

ORGANIZATION _____ SITE _____

Referred From: _____

FORMULARIO DE INFORMACION DEL PADRE, TUTOR O CUIDADOR PRIMARIO

Apellido del participante _____ **Nombre** _____ **Segundo nombre** _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____/_____/_____
Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino

Dirección _____ **Ciudad** _____ **Código Postal** _____
Teléfono principal (_____) _____ -_____ **¿Es este un celular/teléfono móvil?** ☐ Sí ☐ No

Correo electrónico/E-mail _____
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.
¿Es usted padre, madre, guardián de algún menor? ☐ Sí ☐ No

¿Cuántos niños tiene bajo su cuidado? _____

¿Cuántos de los niños que están bajo su cuidado tienen una discapacidad o condición que se espera que dure un año o más y que le dificulta a su hijo(a) hacer cosas que otros niños de la misma edad pueden hacer? _____

Mayor nivel de estudios alcanzado Grado _____ ☐ Diploma de secundaria/GED ☐ Algunos años de colegio
☐ Grado Asociado ☐ Bachillerato ☐ Posgrado

¿Es competente en Inglés? ☐ **Sí** ☐ **No**

Otros idiomas que se hablen en el hogar ☐ **Español** ☐ **Haitiano-Creole** ☐ **Otro**_____ ☐ **Ninguno**

Origen étnico ☐ Hispano ☐ Haitiano ☐ Otro, por favor explique _____

Raza (Favor seleccionar solo una):

☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Originario de las Islas del Pacífico

☐ Blanco ☐ Multiracial ☐ Otro

Si Ud. 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/content/children-disabilities.

Doy mi permiso para que esta información se envíe a The Children's Trust para propósitos de calidad y evaluación del programa. The Children's Trust proporciona fondos para el programa y sigue estrictas protecciones de privacidad de datos para la información recopilada.

FIRMA DEL PARTICIPANTE _____ **FECHA:** _____

SOLO PARA USO DEL PERSONAL (*INFORMACIÓN INDISPENSABLE*)

ORGANIZACIÓN: _____ ESTABLECIMIENTO (SITE): _____

MIEMBRO DE GRUPOS DE PRIORIDAD (marcar todas las que apliquen): ☐ Dep Syst ☐ Delin Syst

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:

Por la presente:

☐ **Consiento y autorizo** **O** ☐ **no consiento 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

_____
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.

Alper JCC MIAMI

Nombre De Niño _____

Aviso a los padres sobre la confidencialidad del cliente:

Alper JCC Miami y su personal mantendrán toda la información de los participantes de forma confidencial. La información solo se compartirá con partes como nuestros patrocinadores y el personal correspondiente.

He leído lo anterior y reconozco la política de confidencialidad.

_____ _____ _____

PADRE/GUARDIÁN Name FIRMA Date

Statement of Declaration:

Por la presente declaro que toda la información requerida ha sido proporcionada y es precisa, incluyendo las necesidades de apoyo, los IEPs y los ingresos. Entiendo que, si se encuentra alguna inexactitud o se ha ocultado información, mi hijo(a) podría perder su beca y/o su lugar en JDays.

_____ _____ _____

PADRE/ GUARDIÁN FIRMA Date