

EXECUTIVE COMMITTEE

Enero 2026

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

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 el verano 2026.

El programa Children's Trust es 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 estemos sirviendo a los niños y familias con mayor necesidad financiera.

Tenga en cuenta que la asistencia diaria es OBLIGATORIA durante las 7 semanas del verano. 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 2025 (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 2025.

El IEP (Programa de Educación Individualizada) o el plan de la Sección 504 de su hijo/a (si corresponde)

Complete la solicitud de campamento de verano. Solicitud encontrado en www.alperjcc.org/camp

Cada documento debe ser enviado a alperjcc.org/trust. Por favor, titule cada documento con el nombre de su hijo/a y el nombre del documento (ejemplo: John Doe-Impuestos 2025).

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 verano 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 10 de Abril de 2026.

Atentamente,
El equipo de Camp J Miami

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

dirección _____ 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) _____ Grado escolar 2025-2026 (K-12th) _____

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 formas principales 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)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Servicios o terapia conductual | <input type="checkbox"/> Fisioterapia (PT) |
| <input type="checkbox"/> orientación emocional | <input type="checkbox"/> Servicios de educación especial en la escuela |
| <input type="checkbox"/> Medicación diaria (sin incluir vitaminas) | <input type="checkbox"/> Terapia del habla/ lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional (TO) | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |

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

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

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.

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 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.

PADRE/ GUARDIÁN

FIRMA

Date