



Gracias por escoger "Camp by the Bay!" Campamento comienza el Lunes, Julio 1, 2024. Para asegurar el comienzo de su hijo/a, todos los documentos señalados deben ser submitidos el Lunes 17 de Junio 2024.

Your Child: _____

OFFICE USE ONLY

- Certificado de nacimiento.
- Foto de identificación del padre.
- Actual formulario físico.
- Registro de inmunización.
- Contratos del Community Child Care Solutions.

- Pendiente Aprobado
- Privado
- Primer pago de \$175.00 o \$200.00
- Tarifa de registro \$25.00
- Formulario de comida

Student's ID #: _____

Start Date: _____

End Date: _____

Staff initials: _____

Alguna pregunta favor de contactar a,

[732.638.2820](tel:732.638.2820)/malicea@prahd.org (school age)

[732.638.2818](tel:732.638.2818)/mjuarez@prahd.org (Pre-k)

Gracias por escoger a **Camp by the Bay!**

Esperamos tener un verano Increíble y Aventurero!



The Puerto Rican Association for Human Development, INC (PRAHD)
 100 First St. Perth Amboy, NJ 08861
 Phone: (732) 638-2820 (School age) (732) 638-2818 (Pre-k)

EADADES	
<input type="checkbox"/>	Preschool (3-5yrs. old)
<input type="checkbox"/>	School Age (6-13yrs. old)

PROGRAMAS	
<input type="checkbox"/>	\$75.00 Antes y despues de escuela (<i>semanal</i>)
<input type="checkbox"/>	\$175.00 Campamento de verano(8:00 am.- 4:00 pm (<i>semanal</i>))
<input type="checkbox"/>	\$250.00 Cuido extendido7:30 am. - 5:30 pm. (<i>semanal</i>)
<input type="checkbox"/>	Staff use
<input type="checkbox"/>	Signature

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Inicio: ___/___/___ **Fecha de Finalizacion:** ___/___/___

Genero: Femenina Masculino **Fecha de nacimiento:** ___/___/___ **Edad:** ___

Direccion: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** NJ.

Numero de codigo postal: _____ **Lenguaje: Espanol:** ___ **Inglés:** ___

INFORMACION DE PADRES/GUARDIANES:

Madre/ Nombre de guardian: _____

Numero de telefono. (____) _____ - _____ **Correo electronico:** _____

Direccion: _____ **Ciudad:** _____ **State:** _____

Nombre de Empleador: _____ **Numero de telefono.** (____) _____ - _____

Padre/ Nombre de guardian: _____

Numero de telefono. (____) _____ - _____

Correo Electronico: _____

Direccion: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____

Nombre del Empleador: _____ **Phone no.** (____) _____ - _____

Tutor legal: Madre Padre Ambos padres Abuelos Otro _____

****Si los padres comparten la custodia u obtienen la custodia total del niño, adjunte los documentos judiciales a esta solicitud.**

Raza: Hispano Blanco Nativo Americanoo Africano Americano Asiatico Otro _____

Ingreso del hogar: 10,000-20,000 20,000-30,000 30,000-40,000 40,000-50,000+ 50,001+

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

INFORMACION DEL HOGAR

Usando el espacio de abajo, favor escriba el nombre de todas las personas que viven en el hogar.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco con el/la Niño/a
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____

Favor indique el/los idiomas(s) que se hablan en su hogar: _____

¿En qué idioma prefiere recibir información en inglés o en español? _____

INFORMACIÓN ADICIONAL:

Raza: Hispano Blanco Nativo Americano Africano Americano Asiático Otro: _____

Grupo étnico: Dominicano Puertorriqueño Peruano Colombiano Mexicano Otro: _____

Ingreso del hogar: 10,000-20,000 20,000-30,000 30,000-40,000 40,000-50,000 50,000+

VERIFICACIÓN DE SALUD/ TRATAMIENTO DE EMERGENCIA:

¿Su hijo/hija tiene seguro médico? SI NO

Nombre de póliza: _____ Portador: _____

Numero de póliza: _____

Nombre del pediatra: _____ Número de teléfono. (____)____-_____

Dirección: _____

Su hijo/a tiene alguna condición médica que la/lo limite a él/ella a participar en ciertas actividades normales? _____

Su hijo/a toman algún medicamento? SI NO?

Favor de ser específico y rellenar todos los espacios. Si no aplican, ponga no aplica.

Lista de medicamentos que su hijo/a toma:	_____
Lista de medicamentos/ Salud física/ Alergias de comida:	_____
Otros defectos como comportamiento especial / cuidado especial:	_____

Favor de asegurarse que todos los espacios estén llenos. Si su hijo/a sufre de alguna condición de salud y/o tiene alguna alergia es muy importante que nos notifique inmediatamente.

Firma de padres/guardián: _____

Fecha: ___/___/___

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** ___/___/___

PUBLICACIÓN DE FOTOS:

LE DOY permiso a PRAHD para tomarle fotos y videos a mi hijo/a y usar fotos y videos de mi hijo/a en las redes sociales de PRAHD.

NO LE DOY permiso a PRAHD para tomarle fotos y videos a mi hijo/a y no pueden usar fotos y videos de mi hijo/a, en las redes sociales de PRAHD.

Firma de padres/guardian: _____ Fecha: ___/___/___

AUTORIZACIÓN DE ACTIVIDADES:

Por este medio doy permiso para que mi hijo/a participe en todas las actividades tal como las caminatas a parques y locaciones locales. Si en un viaje especial se necesita transportación yo entiendo que un permiso separado necesita mi firma.

Firma de padres/guardián: _____ Fecha: ___/___/___

CONTACTOS DE EMERGENCIA:

Por este medio, en mi ausencia, yo autorizo a las siguientes personas para recoger y/o contactar en caso de emergencia. Yo entiendo que ellos necesitan mostrar una foto de identificación verificando su nombre, al recoger a mi hijo/a y deben ser mayores de 18 años. Si hay algún cambio de información, yo entiendo que es mi responsabilidad de informarle a PRAHD inmediatamente.

1. Nombre: _____ Relación del niño/a: _____

Dirección: _____ Número de teléfono () - _____

2. Nombre: _____ Relación del niño/a: _____

Dirección: _____ Número de teléfono () - _____

3. Nombre: _____ Relación del niño/a: _____

Dirección: _____ Número de teléfono () - _____

4. Nombre: _____ Relación del niño/a: _____

Dirección: _____ Número de teléfono () - _____

5. Nombre: _____ Relación del niño/a: _____

Dirección: _____ Número de teléfono () - _____

Yo certifico que toda la información en esta aplicación es correcta.

Firma de Padre/guardián: _____ Fecha: ___/___/___

Camp By The Bay
100 First Street * Perth Amboy, NJ 08861
Phone: (732) 638-2880 Fax: (732) 826-3082

IMPORTANT

Please fill out attached food form and return

If you receive food stamps only fill out Option 1a and the adult household member signature portion. Nothing else.

Or

If you do not receive food stamps fill out ALL of Option 3, please include all your monthly income. (Add only immediate family members, those members that parents support financially) and the adult household member signature section.

If you need help, please call to make an appointment.

Thank you!

IMPORTANTE

Favor de rellene el formulario de alimentos adjunto y devuélvalo mañana

Si recibe cupones de alimentos solo complete la Opción 1a y la parte donde dice firma de miembro adulto del hogar. Nada más.

O

Si no recibe cupones de alimentos, complete TODA la Opción 3, incluya todos sus ingresos mensuales. (Agregue solo a los miembros de la familia inmediata, aquellos miembros que los padres apoyan financieramente) y la parte de la firma del miembro adulto del hogar (donde dice Adult household members debajo de la sección amarilla).

Si necesita ayuda, llame para hacer una cita. ¡Gracias!

2024 NEW JERSEY CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM ELIGIBILITY APPLICATION

NAME(S) & AGE(S) OF ENROLLED PARTICIPANT _____
(Name) (Age) (Name) (Age)

OPTIONAL: RACIAL/ETHNIC IDENTITY OF PARTICIPANT

Check one ETHNIC identity: Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino

Mark one or more RACIAL identity (ies):
 American Indian or Alaska Native Asian Black or African American
 Native Hawaiian or Other Pacific Islander White

Enrollment Information

Check (✓) each day the above participant is enrolled for care, the hours of care each day, and the meal type(s) served:

DAYS OF CARE: MON TUES WED THURS FRI SAT SUN

HOURS OF CARE: _____
 Swing / Rotating Shifts: (If Applicable) _____

MEAL TYPES SERVED: BREAKFAST A.M. SUPPLEMENT LUNCH P.M. SUPPLEMENT DINNER

CHILD DAY CARE FOOD PROGRAM PARTICIPANTS ONLY

OPTION 1A: BENEFICIARIES of Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (formerly Food Stamps), Temporary Assistance for Needy Families (TANF), or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR)

If you are now receiving SNAP, TANF or FDPIR for this child, complete one of the following numbers:
 SNAP CASE # _____ OR TANF CASE # _____ OR FDPIR CASE # _____

OPTION 1B: FOSTER CHILD

If you are applying for a foster child, check the box and list any personal income which has been identified by specific category such as clothing, school fees, allowances, etc.:
 FOSTER CHILD INCOME \$ _____

ADULT DAY CARE FOOD PROGRAM PARTICIPANTS ONLY

OPTION 2: BENEFICIARIES of SNAP, FDPIR, SSI or Medicaid

If you are now receiving SNAP, SSI, FDPIR or Medicaid complete one of the following numbers:
 SNAP # _____ OR FDPIR CASE # _____ OR SSI CASE # _____ OR MEDICAID CASE # _____

OPTION 3: HOUSEHOLD ELIGIBILITY - COMPLETE IF YOU DID NOT COMPLETE OPTION 1A, OPTION 1B, OR OPTION 2

Complete the following information: Household Members, Social Security Numbers and Income.

NAMES OF ALL OTHER HOUSEHOLD MEMBERS: (Related and Unrelated)	MONTHLY INCOME (Complete One Or More - Before Deductions)				
	MONTHLY (Gross Earnings) WAGES / SALARY	MONTHLY SOCIAL SECURITY PENSIONS RETIREMENT	MONTHLY UNEMPLOYMENT WORKMEN'S COMPENSATION	MONTHLY WELFARE CHILD SUPPORT ALIMONY	MONTHLY ANY OTHER INCOME
1.	\$	\$	\$	\$	\$
2.	\$	\$	\$	\$	\$
3.	\$	\$	\$	\$	\$
4.	\$	\$	\$	\$	\$
5.	\$	\$	\$	\$	\$
6.	\$	\$	\$	\$	\$
7.	\$	\$	\$	\$	\$
8.	\$	\$	\$	\$	\$
9.	\$	\$	\$	\$	\$
10.	\$	\$	\$	\$	\$
TOTAL NUMBER IN HOUSEHOLD (INCLUDE ENROLLED PARTICIPANT): _____					
TOTAL GROSS HOUSEHOLD INCOME:	\$ _____				

ADULT HOUSEHOLD MEMBER SIGNATURE and LAST FOUR DIGITS of SOCIAL SECURITY NUMBER: (See Privacy Act Statement below)

An Adult Household Member must sign and date this form, and list the last four (4) digits of his or her Social Security Number. If you do not have a social security number, mark the box (☒) - "I do not have a Social Security Number".

PENALTIES FOR MISREPRESENTATION: I certify that all of the above information is true and correct and that the Food Stamp, TANF, SSI, or Medicaid Number of the enrolled participant is correct, or that all income is reported. I understand that this information is being given for the receipt of Federal funds issued to the day care center based on the information I provide. I understand that CACFP officials may verify this information; and that deliberate misrepresentation may result in the participant losing meal benefits, and I may be prosecuted under the applicable State and Federal laws. *An Adult Household Member must complete the following:*

Signature: _____ Address: _____
 Print name: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____
 Date: _____ Phone Number: _____

Last four (4) digits of Social Security Number: * * * * - * * * - _____ I do not have a Social Security Number

PRIVACY ACT STATEMENT: The National School Lunch Act requires that, unless the participants' Case Number is provided, you must include the Social Security Number of the adult household member signing the application or indicate that the household member does not have a Social Security Number. Provision of a Social Security Number is not mandatory, but if a Social Security Number is not given or an indication is not made that the signer does not have such a number, the participant cannot be determined eligible for free or reduced priced meals. The Social Security Numbers may be used to identify you for verifying the correctness of information stated on the application. These verifications may include audits, investigations and may include contacting employers to determine income, contacting a Food Stamp or TANF office to determine current certification for receipt of Food Stamps or TANF benefits, contacting the State Employment Security office to determine the amount of benefits received and checking the documentation produced by household members to verify the amount of income received. These efforts may result in a loss or reduction of benefits, administrative claims or legal actions. If incorrect information is reported. These acts must be told to all household members whose Social Security Numbers are reported on this form.

TO BE COMPLETED BY DAY CARE AGENCY ONLY - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

Determination: Free _____ Reduced _____ Paid _____
 Signature of Determining Official: _____ Date: _____

TOTAL MONTHLY INCOME \$ _____
 Conversion factors to figure monthly income: Weekly x 4.33
 Twice a month x 2
 Every 2 weeks x 2.15