



YOUTHCITY TEENS

PROGRAMA JUVENIL 2024-2025

Gratis, diario para edades 13 a 18. Comenzando el 22 de Agosto

PARA MÁS INFORMACIÓN: Paige Schnars (801) 550-7488

paige.schnars@slcgov.com

LOCATIONS:

Central City Recreation Center	615 S. 300 E.	2:00pm – 6:00pm
Northwest Multi-Purpose Center	1300 W. 300 N.	2:00pm - 6:00pm
Glendale Library	1375 S. Concord St.	2:00pm – 6:00pm
Sorenson Multi-Cultural Center	855 W. California Ave	2:00pm – 6:00pm



Nombre del estudiante _____ Edad _____ F. de Nacimiento ____/____/____

Cel # (____) ____ - _____ Escuela _____ Grado _____

Powerschool Login _____ Número de Estudiante _____

Powerschool Password _____ (Lunch Number)

Raza: ☐ Asiático/Islands del pacífico ☐ Negro/Afro Americano ☐ Caucásico/Blanco ☐ Hispano ☐ Nativo Americano ☐ Otro

Etno: ☐ Hispano o Latino ☐ Non-hispano or Non-Latino

Sexo: ☐ Femenina ☐ Masculino ☐ Otro

¿El estudiante participa en el programa de lunch gratis o a precio reducido? ☐ Si ☐ No

Nombre del padre/madre _____ Mejor # (____) ____ - _____ Texto# (____) ____ - _____

ALT # (____) ____ - _____ Domicilio _____ Ciudad _____

Código Postal _____ Correo electrónico _____ Correo e. ALT _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (que no sean los padres)

Nombre _____ Relación _____ Mejor # (____) ____ - _____

¿Cómo se enteró de YouthCity? _____ Necesidades especiales (si hay) _____

Un padre o guardián legal debe leer y firmar abajo para que el estudiante pueda participar en YouthCity

Liberación y Indemnización: Reconozco y acepto que la participación de mi hijo en las actividades pueden implicar daños corporales y/o daños emocionales para mí y/o niños. En consideración a mi hijo que se le permita participar en tales eventos, yo por mí mismo, mi hijo, mis herederos, mis ejecutores y administradores, voluntariamente y con conocimiento de riesgo sobre cualquier daño causado, excepto por daños causados por la mala conducta del personal de YouthCity, que puede ser resultado de la participación de mi hijo.

Tratamiento de emergencia: Autorizo que el personal de la Ciudad de Salt Lake puede actuar en mi nombre, de acuerdo con su mejor criterio en el caso de una emergencia que involucre a mi hijo, y estoy de acuerdo en asumir toda la responsabilidad por todos los gastos, médicos o otros, que pudieran derivarse del caso. Yo entiendo que yo o mi compañía de a seguridad se le cobrará por el tratamiento de emergencia.

Permiso de Transporte: Por lo presente, doy mi permiso al personal de YouthCity para transportar a mi hijo o pupilo para las excursiones.

Yo estoy de acuerdo y voluntariamente asumo todos los riesgos, que pueden estar asociados con o resultar cuando mi hijo o pupilo sea transportado al Programa de YouthCity. También estoy de acuerdo de liberar el Distrito de Escuelas de Salt Lake City, YouthCity, la Corporación de Salt Lake City y el Condado de Salt Lake, sus agencias, dependencias, representantes, agentes de los empleados y todos los patrocinadores y/o funcionarios y el personal de cualquier entidad o persona, sus representantes, afiliados de los agentes, directores, empleados, voluntarios y empleados de cualquier y toda responsabilidad, reclamos, demandas, acciones y causas de las acciones por cualquier pérdida, reclamación, daño, lesión, enfermedad, honorarios de abogados, o daño de cualquier tipo o clase para mí o mi hijo o pupilo que surjan de la actividad de todos y cada uno asociado a las actividades mencionadas.

He leído cuidadosamente y entendido el contenido de esta forma con respecto al transporte de mi hijo o pupilo.

Permiso para Fotos: Doy permiso para que las fotografías y grabaciones de video de mi hijo/hija de la participación en las actividades de Salt Lake City para ser utilizadas en materiales de promoción para este y otros programas asociados. Entiendo que estas fotos y/o videos se pueden utilizar en folletos, programas de edición de video, Internet y otros artículos de promoción para informar a los interesados acerca de las actividades de Salt Lake City.

Igualdad de Oportunidades: La Corporación de Salt Lake YouthCity ofrece igualdad de oportunidades a los participantes sin distinción de raza, credo, género o capacidad de pago, y cuando sea solicitado, facilitar ajustes razonables para las personas con discapacidades.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en:

http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Divulgación de los padres o tutores del participante: Las estipulaciones de financiación requieren que este programa participe en evaluaciones continuas. La evaluación requiere que compartamos datos a nivel de participantes con los evaluadores del Departamento de Servicios Laborales. Los datos del nivel del estudiante son identificables personalmente e incluyen información como el nombre de su hijo e información sobre la participación en el programa. El evaluador utiliza estos datos únicamente con el fin de cumplir con sus funciones y no compartirá estos datos con terceros sin su consentimiento por escrito. Al firmar este documento, reconozco que he leído su contenido y divulgación, y que estoy de acuerdo con sus términos

Al firmar este documento, yo reconozco que he leído su contenido y dicho, y que estoy de acuerdo con sus términos.

FIRMA DEL PADRE _____

FECHA _____ / _____ / _____