



# Program Application

Insight Youth Services Division

Contact us: 508-979-1580

Email: [Elisascyc@gmail.com](mailto:Elisascyc@gmail.com) or [Tswanbell77@gmail.com](mailto:Tswanbell77@gmail.com)

## STUDENT INFORMATION

Sexo:  Masculino  Feminino  Transgênero  Outro

Primeiro Nome: \_\_\_\_\_ Grau: \_\_\_\_\_ Escola ID # \_\_\_\_\_

Apelido: \_\_\_\_\_ Idioma predominante falada em casa: \_\_\_\_\_

Email do Aluno: \_\_\_\_\_ Outros idiomas falados: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Telefone Celular do Aluno: \_\_\_\_\_

Nome da Escola: \_\_\_\_\_

Raça (marque todas aplicáveis):  Afro-Americana  Americana Nativa  Asiática  Latina  Branca  Outra \_\_\_\_\_

Tem outros filhos nas Escolas Públicas de NB?  Sim  Não

Número de membros da família no Lar: \_\_\_\_\_

Vive num Complexo da NBHA?  Sim  Não Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Escola que frequentou o ano passado: \_\_\_\_\_

## INFORMAÇÃO SOBRE PAIS/ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO

Nome da Mãe/Encarregado: \_\_\_\_\_

Nome do Pai/Encarregado: \_\_\_\_\_

Relacionamento à Criança: \_\_\_\_\_ Relacionamento à Criança: \_\_\_\_\_

A criança vive com esta pessoa?  S  N  Tempo parcial A criança vive com esta pessoa?  Y  N  Tempo parcial

Endereço: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Telefone de Casa: \_\_\_\_\_ Telefone de Casa: \_\_\_\_\_

Telefone Celular: \_\_\_\_\_ Telefone Celular: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

Firma onde Trabalha: \_\_\_\_\_ Firma onde Trabalha: \_\_\_\_\_

Endereço da firma: \_\_\_\_\_ Endereço da firma: \_\_\_\_\_

Telefone da firma: \_\_\_\_\_ Telefone da firma: \_\_\_\_\_

Melhor Hora de Ligar: \_\_\_\_\_ Melhor Hora de Ligar: \_\_\_\_\_

Método de Contacto Preferido: \_\_\_\_\_ Método de Contacto Preferido: \_\_\_\_\_

Nome de Pais/Encarregado: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

## CONTACTOS/PESSOAS AUTORIZADAS PARA LEVAR A CRIANÇA

Por favor indique quem está autorizado para apanhar a sua criança do INSIGNT depois do programa escolar se é diferente dos contatos de Emergência e pais/encarregados. Se for preciso nomes adicionais os mesmos devem ser adicionados numa folha separada agraphada a esta candidatura. Somente as pessoas e pais/encarregados nomeados acima terão autorização de levar a criança.

Nome: _____	Nome: _____
Primeiro Apellido _____	Primeiro Apellido _____
Endereço: _____	Endereço: _____
Relacionamento à Criança: _____	Relacionamento à Criança: _____
Telefone 1: _____	Telefone 1: _____
Telefone 2: _____	Telefone 2: _____

Por favor assine abaixo para indicar a sua autorização e consentimento para o seu aluno sair nas formas descritas acima. Qualquer mudança terá que ser fornecida por escrito ao pessoal do programa INSIGHT.

**Nome de Pais/Encarregado:** \_\_\_\_\_ **Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

## PRIMEIROS SOCORROS E CUIDADOS MÉDICOS DE EMERGÊNCIA

O seu aluno tem alergias, dietas especiais ou medicamentos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_____
O seu aluno tem limitações especiais ou preocupações? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, favor explicar: _____
O seu aluno tem condições crônicas de saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_____
Se sim, favor explicar: _____	Se sim, favor explicar: _____
Cor de Olhos: _____	Cor de Pele: _____
Cor de Cabelo: _____	Altura: _____
Peso: _____	
Marcas de Identificação/características: _____	

-Eu autorizo empregados e voluntários afiliados com o Programa Insight Youth Services da PAACA a fornecerem à minha criança prontos socorros quando isso for necessário. Eu compreendo que em caso da necessidade de atenção médica de emergência da minha criança que todos os esforços sejam feitos para que eu seja contactado/a usando a informação que forneci. No entanto, se não for possível contacto direto comigo, eu aqui autorizo que o Pessoal de Resposta de Emergência/Prontos Socorros transporte a minha criança para o hospital mais próximo e obtenha o tratamento necessário para a segurança da minha criança. **Eu NÃO vou responsabilizar PAACA, a escola, a Cidade de New Bedford ou qualquer outro financiador do programa ou entidades facilitadoras de todos e quaisquer acidentes ou ferimentos que possam ocorrer. Eu concordo ser a pessoa responsável por quaisquer encargos relacionados com a prestação de serviços ou cuidados médicos à minha criança.**

-Certifico que a documentação de exames físicos e imunizações conforme requisitos de saúde de escolas públicas, e testes de intoxicação de chumbo conforme requisitos de saúde pública, estão arquivados na escola que a criança frequenta.

-Como consideração legal de autorização de participar dessas atividades, concordo que não farei alguma

reclamação contra, processo jurídico, anexar a propriedade ou processar PAACA ou seu respetivo corpo de diretores, entidades oficiais, executivos, agentes, funcionários, voluntários, lesões pessoais ou danos materiais que eu possa sofrer como resultado da minha participação nas atividades.

-PAACA é membro da Greater New Bedford Youth Alliance. A GNBYA usa um programa de dados partilhados para melhorar o alcance das crianças e a comunicação entre as organizações. Ao partilhar as informações da sua criança com a PAACA, você também concorda em permitir que PAACA insira as informações básicas da sua criança neste programa compartilhado. Essas informações básicas estarão disponíveis para funcionários de outras organizações se a sua criança se inscrever num programa na sua localidade.

**Nome de Pais/Encarregado:** \_\_\_\_\_ **Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

### FOTOGRAFIAS/VIDEO/INTERNET

Eu autorizo que a fotografia da minha criança seja tirada em relação com o programa INSIGHT e seja usada em artigos de jornais, sites, televisão e outras apresentações públicas relacionadas com o programa. A melhor forma de reconhecer os jovens fazendo grandes conquistas é através da comunicação social. **Se você concorda, por favor assine abaixo OU simplesmente escreva NÃO AUTORIZO FOTOS OU COMENTÁRIOS NA COMUNICAÇÃO SOCIAL** na linha da assinatura de pais e escreva a data.

**Nome de Pais/Encarregado:** \_\_\_\_\_ **Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

### TRANSPORTE NÃO É FORNECIDO.

**OS PAIS DEVERÃO PLANEAR PARA QUE A CRIANÇA TENHA TRANSPORTE DA SUA CRIANÇA.**

Os alunos terão que ser apanhados ao final do programa. Se a sua criança não vai estar presente no programa ou está ausente nesse dia, pedimos que ligue para o nosso escritório 508-979-1580.

Por favor escolha o método de transporte **de saída** diário. A minha criança vai **sair para casa** do programa INSIGHT via:

\_\_\_\_\_ Caminhando para casa. Descreva qualquer informação específica necessária: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Pais/Encarregado autorizou pessoa que vai ir buscar

\_\_\_\_\_ Outro (favor descrever em detalhe): \_\_\_\_\_

### PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES

#### Viagens de Estudo/Explorações

Eu dou autorização para a minha criança frequentar todas as viagens de estudo associadas com o programa INSIGHT. Isto inclui explorações, projetos de serviço, viagens de estudo ou ir de uma localidade para outra que envolve caminhar ou viajar num autocarro ou carrinha. Assinando abaixo, eu concordo não responsabilizar o programa por qualquer acidente ou ferimentos que possam ocorrer durante essas excursões. Você pode escolher em não participar, no entanto, não haverá cobertura do programa para a sua criança nesse dia. A falta de comunicar que não haverá participação implica o consentimento para a participação no evento/excursão programada. Por favor, ligue 48 horas antes de qualquer viagem de estudo com perguntas, preocupações ou considerações especiais.

**Nome de Pais/Encarregado:** \_\_\_\_\_ **Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

## COMPORTAMENTO

Eu compreendo que o programa INSIGHT é responsável pela manutenção e ambiente educacional seguro e se o comportamento da minha criança é perturbador ou em violação dos regulamentos do programa INSIGHT no que diz respeito a comportamento ele/ela pode ser **afastado/expulsado** do programa. Sei que a minha criança assinou um contrato de gerência de comportamento estipulando os regulamentos de conduta e comportamento. Eu compreendo que violência física e outros tipos de violência e/ou posse de materiais ilegais de qualquer forma irá resultar em expulsão automática do programa.

Nome de Pais/Encarregado: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

## REFEIÇÕES LIGEIRAS, CULINÁRIA, E ALERGIAS A COMIDA

A minha criança **NÃO TEM ALERGIAS DE COMIDA** que requerem notificação do pessoal. \_\_\_\_\_ Iniciais

A minha criança sofre de alergias de comida a: \_\_\_\_\_, mas ainda pode participar. \_\_\_\_\_ Iniciais

As seguintes precauções terão que ser tomadas: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ Iniciais

A minha criança **NÃO PODE** participar no que diz respeito a refeições ligeiras, culinária ou comida. \_\_\_\_\_ Iniciais

## AVALIAÇÃO EXTERNA/INTERNA

Eu compreendo que uma avaliação do programa INSIGHT está a ser conduzida para averiguar os efeitos de serviços adicionais a estudantes e famílias e para encontrar formas de melhorar o programa INSIGHT. Empregados do INSIGHT irão coletar dados de avaliação e conduzir sessões informais ao acaso com alunos para colher informação destinada a ajudar na promoção de melhoramentos futuros do programa modelo e sucesso académico. Eu compreendo que, como parte da avaliação, informação sobre a matrícula da minha criança, assiduidade, e notas escolares podem ser obtidas da escola que a minha criança frequenta ou do distrito escolar. Eu também compreendo que a informação sobre a participação da minha criança e o progresso no programa INSIGHT podem ser obtidas, e que a minha criança e eu estamos sujeitos a preparar um inquérito e/ou participar numa entrevista de grupo sobre as experiências com este programa. O programa INSIGHT é financiado por muitas dádivas e fundos inumerados no fim desta candidatura. Eu concordo em participar num pequeno inquérito sobre a minha experiência e a experiência da minha criança no final de cada sessão. **Eu compreendo que qualquer informação coletada sobre a minha criança e eu será disponível apenas a indivíduos responsáveis pela coleta e análise de dados da avaliação e que os nossos nomes não serão usados em qualquer relatório.** Ao assinar isto estou dando autorização ao NBPS para permitir que as notas e registos de assiduidade da minha criança para o ano escolar em que estão envolvidos no programa.

Nome de Pais/Encarregado: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

## SAÚDE EMOCIONAL E SOCIAL (POR FAVOR PREENCHA COM A SUA CRIANÇA)

Sabe quem contatar na escola se você precisa de falar com alguém?  Sim  No

Está envolvido em outras atividades/ grupos?  Yes  No Se sim, quais: \_\_\_\_\_

Existem adultos na sua vida em que pode confiar quando você se sente transtornado?  Sim  Não Você recebe todos os serviços que precisa para ter sucesso neste ano letivo?  Sim  Não

Se não, quais são aqueles que ainda falta haver uma ligação:

\_\_\_\_\_

## PROTOCOLOS DE RESPOSTA AO COVID

1. Por favor ligue para o escritório pelo número na manhã do dia do programa se a sua criança está doente e não vai estar presente.
2. Se a sua criança tem um teste de COVID pendente ou está a ser testado/a, por favor contacte-nos e não os traga ao programa durante o termo de quarentena.
3. Todas as superfícies foram desinfetadas e serão cada vez que forem usadas.
4. Lavagem de mãos e uso de desinfetante fará parte da nossa rotina diária.
5. Não haverá grupos com mais de 15 (isso inclui profissionais).
6. Nós seguimos todos os requisitos locais e estatais.
7. Por favor ligue 508-979-1580 ou email [tswanbell77@gmail.com](mailto:tswanbell77@gmail.com) com alguma preocupação ou perguntas.

Pedimos que nos forneça informação sobre qualquer problema médico e instile no seu adolescente a importância de se manter em segurança e saudável. Por favor assine abaixo para demonstrar que leu este protocolo e concorda com em seguir os requerimentos.

Nome de Pais/Encarregado: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

## Estes programas recebem fundos derivados de :

