



500 West 7<sup>th</sup> Street, Suite 1707, Unit 15,  
Fort Worth, Texas 76102  
817-332-3271 (voice) 817-332-3271 (fax)  
use 711 for Relay Texas  
www.mcatexas.com

## Solicitud para delegado del Campamento CommUNITY 2017

*La Alianza Multicultural promueve la inclusión, la diversidad y el entendimiento al trabajar en la eliminación de prejuicios, intolerancia y opresión en nuestra comunidad.*

Desde 1982, el campamento CommUNITY ha capacitado a miles de jóvenes a crear comunidades más inclusivas, donde todos son tratados con respeto y consideración. El campamento CommUNITY es una experiencia de liderazgo residencial de cinco días, la cual une a los jóvenes de preparatoria de varios orígenes, creencias, experiencias y opiniones. Estudiantes corrientemente (invierno/primavera 2017) en 10do, 11vo, y 12vo año están elegibles para aplicar.

### ¿Cómo aplicar?

- ¿Puede quedarse la semana completa en el campamento CommUNITY 2017, del 28 de Junio a 2 de Julio? Campamento CommUNITY es un campamento donde los estudiantes se quedan durante la noche a la mañana por cinco días. La esperanza es que se puede comprometer a completar el campamento por una semana. Si no es posible completar para cumplir con el compromiso, no es posible participar. Si le es posible participar la semana completa, por favor continúe.
- Lea el folleto del campamento CommUNITY 2017.
- Parte 3B de esta solicitud tiene que ser completado por un adulto a su cuidado (por ejemplo: un maestro(a), un clérigo, un consejero(a), un líder de programa escolar extracurricular) alguien que recomienda y respalde su participación en campamento CommUNITY.
- Incluya con esta solicitud un depósito no reembolsable de compromiso de \$25 pagable a: *The Multicultural Alliance*. Habrá un saldo de \$300.00.
- Complete la solicitud entera (páginas 2 a 8) y enviar antes del 1 de Mayo.
  - Después de la fecha de vencimiento, por favor de contactar a Adena en MCA para verificar disponibilidad.
  - Cuando los espacios elegibles se llenen, los estudiantes se colocaran en una lista de espera. Solicitantes serán notificados si algún lugar vuelve ser disponible.

Los solicitantes que apliquen antes del 1 de Mayo, serán notificados a mediados de Mayo a más tardar. Los delegados recibirán información acerca de donde tomar el autobús, qué llevar y como prepararse para la experiencia del Campamento CommUNITY en Junio.

Para preguntas diríjase a:  
Adena Cytron-Walker, Vice Presidente de Programas, [adena@mcatexas.com](mailto:adena@mcatexas.com)

Regrese la solicitud completa a:

Adena Cytron-Walker, The Multicultural Alliance  
500 West Seventh Street; Suite 1707 Unit 15, Fort Worth, Texas 76102 fax 817-332-3272 [adena@mcatexas.com](mailto:adena@mcatexas.com)



**Primera Parte– Información requerida**

Nombre (incluya pronunciación) \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

Segundo Nombre Nombre preferido/ Apodo

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Texas Código Postal \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono Casa ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono Celular ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Escuela a la que asistirás en el otoño del 2013 \_\_\_\_\_

Grado Actual - 10 11 12 Talla de Camiseta S M L XL XXL

Madre/Padre o Tutor(es) Nombre \_\_\_\_\_

Idioma(s) que se hablan en casa: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la anterior) \_\_\_\_\_

Teléfono casa de Madre/Padre/Tutor(es) ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono celular de Madre/Padre/ Tutor (es) ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono trabajo del Madre/Padre/ Tutor(es) ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo electrónico del Madre/Padre/ Tutor(es) \_\_\_\_\_

**Segunda Parte– Información requerida**

Para asegurar diversidad en el campamento CommUNITY, por favor complétela siguiente información. Esta información se mantendrá anónima.

Raza/Grupo étnico \_\_\_\_\_ Genero/Sexo biológico \_\_\_\_\_

Fe/Espiritualidad/Religión \_\_\_\_\_

¿El solicitante tiene alguna necesidad especial? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Si es así, explique: \_\_\_\_\_

Le preguntamos por una explicación con el fin de hacer los arreglos necesarios.

**Tercera Parte A – Firmas y Apoyos**

**Padre/Tutor**, al firmar abajo usted reconoce que el solicitante está aplicando para asistir al programa residencial del campamento CommUNITY del 28 Junio a 2 de Julio 2017 y usted otorga permiso.

Escriba su Nombre

Firma

Fecha

Por favor regrese la solicitud completa a:

Adena Cytron-Walker  
The Multicultural Alliance, 500 West Seventh Street; Suite 1707 Unit 15, Fort Worth, Texas 76102  
817-332-3271(t) 817-332-3272(f) adena@mcatexas.com [www.mcatexas.com](http://www.mcatexas.com)

Office use:  
Date: \_\_\_\_\_  
Status: \_\_\_\_\_  
Registry.: \_\_\_\_\_  
Balance: \_\_\_\_\_  
Payment: \_\_\_\_\_  
Scholarship: \_\_\_\_\_



Nombre del aplicante \_\_\_\_\_

**Tercera Parte B – Firmas y Apoyos**

**Adulto al cuidado** (no-padres/no-guardianes), al firmar abajo usted está apoyando a la persona indicada arriba a atender el Campamento CommUNITY.

\_\_\_\_\_  
Escuela/Agencia/Organización

\_\_\_\_\_  
Titulo/Posición

\_\_\_\_\_  
Relación con el solicitante

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Correo Electrónico

Comentarios acerca del deseo del solicitante de participar el programa:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Cuarta Parte – (Opcional) ¿Hay algo más que le gustaría que supiéramos acerca de ti?**  
(Puede anexar otra hoja si es necesario)

**Quinta Parte – Pago**

El costo total del campamento CommUNITY es \$325. Limitada asistencia financiera está a su disposición. Se requiere de un depósito no –reembolsable para que su solicitud sea procesada. El depósito de \$25 se acreditará hacia el costo total de \$325.

**Por favor haga su cheque o giro postal/bancario a nombre de *The Multicultural Alliance*.**

Señale todos los que correspondan:  Anexo depósito no-reembolsable de \$25.

Requero beca parcial financiera en la cantidad de \$ \_\_\_\_\_



Historia de Salud y formulario de autorización médica.

Esta información se obtiene para ayudar a identificar el cuidado apropiado para el aplicante. No influirá en la decisión sobre el aplicante si será aceptado o no para atender el campamento CommUNITY. Cualquier cambio en esta forma se debe de comunicar a la Vice Presidenta de Programas de MCA, Adena Cytron-Walker, antes de que el aplicante inicie el campamento CommUNITY. Por favor asegúrese de proveer información completa, correcta y con detalle, para que los miembros de nuestro personal estén debidamente informados de las necesidades de su Hijo(a). Esta forma es confidencial y se destruirá después del campamento CommUNITY 2017.

Nombre			
Dirección			
Ciudad	Estado	Código Postal	
Teléfono			

**Información médica**

En caso de emergencia, localice:

Nombre Madre/Padre/Guardián(s)			
Teléfono casa	( )	Teléfono celular/trabajo	( )
Doctor primario		Teléfono del doctor	( )
Por favor nombre dos contactos en caso de emergencia:			
Nombre			
Relación		Teléfono	( )
Nombre			
Relación		Teléfono	( )

Para cualquiera de los siguientes puntos, si usted requiere de espacio adicional, por favor añada una segunda hoja de papel.

Fecha de la última vacuna contra el tétano: \_\_\_\_\_ (mes/día/año)

¿El/la solicitante tienen una limitación física que pueda restringir su participación en actividades?

No  Si, por favor explique:


Información adicional anexada.

¿El solicitante tiene alguna restricción o preocupaciones alimenticias?

No  Si, por favor explique:

Lesión	Fecha (Mes/Año)	Tratamiento
	/	
	/	
	/	
	/	

Información adicional anexada.



Nombre del aplicante

¿El/La solicitante ha sido hospitalizado(a) por alguna enfermedad durante el año pasado?

No  Si, por favor explique:

Lesión	Fecha (Mes/Año)	Tratamiento
	/	
	/	
	/	
	/	

Información adicional anexada.

### Alergias

Alergias a medicamentos

No  Si, por favor enliste todas las alergias conocidas, reacción y tratamiento a la reacción:

Medicamento	Reacción	Tratamiento

Información adicional anexada.

Alergias a alimentos

No  Si, por favor enliste todas las alergias conocidas, reacción y tratamiento a la reacción:

Alimento	Reacción	Tratamiento

Información adicional anexada.

Otras Alergias

No  Si, por favor enliste todas las alergias conocidas, reacción y tratamiento a la reacción:

Alérgeno	Reacción	Tratamiento

Información adicional anexada.



Nombre del aplicante

**Medicinas**

¿El aplicante tomará algún medicamento prescrito por su médico (con Rx) o sin prescripción médica (sin RX) durante su estancia en el campamento CommUNITY? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Si es así, por favor provea la siguiente información:

Sin Rx/Con Rx	Medicamento	Instrucciones y dosis
<input type="checkbox"/> Sin Rx <input type="checkbox"/> Con Rx		
<input type="checkbox"/> Sin Rx <input type="checkbox"/> Con Rx		
<input type="checkbox"/> Sin Rx <input type="checkbox"/> Con Rx		

Información adicional anexada.

Lleve suficiente medicamento (vitaminas o medicamentos recetados) para la duración total del campamento CommUNITY. El personal médico recibirá y administrara el medicamento y lo distribuirá durante la duración del campamento. Por favor, mantenga el medicamento en su envase original que identifica al médico que lo prescribe (si es medicamento con receta), el nombre del medicamento, la dosis y la frecuencia de administración. Por favor, coloque todos los medicamentos en una bolsa Ziploc grande y etiquete el nombre del aplicante en la bolsa con un marcador permanente. Si hay alguna instrucción especial, por favor indíquela en una hoja de papel y colóquela dentro de la bolsa Ziploc.

¿Este Solicitante toma cualquier prescripción adicional, sin receta o vitaminas que no estará con ellos en el campamento? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

En caso de que el solicitante necesite medicamentos que no se mencionan en esta solicitud (antiácido para la digestión o Tylenol para el dolor de cabeza), vamos a llamar a los padres o guardianes para obtener permiso antes de la administración.

Si es así, por favor provea la siguiente información:

Sin Rx/Con Rx	Medicamento	Instrucciones y dosis
<input type="checkbox"/> Sin Rx <input type="checkbox"/> Con Rx		
<input type="checkbox"/> Sin Rx <input type="checkbox"/> Con Rx		
<input type="checkbox"/> Sin Rx <input type="checkbox"/> Con Rx		

Información adicional anexada.

Por favor comparta cualquier otro problema que el personal debe tener en cuenta:


Información adicional anexada.



### Salud y bienestar en libertad

- La historia médica es correcta y completa de acuerdo a mi completo conocimiento.
- La persona aquí descrita tiene permiso de participar en todas las actividades del programa excepto cuando se indique.
- En el caso de un accidente o enfermedad, que requiere atención médica de emergencia, yo doy mi permiso a la enfermera/el técnico médico y/o al médico (con licencia) para brindar atención médica como se considere necesario para la salud y la seguridad de mi hijo (o la persona de quien soy tutor legal).
- Doy mi consentimiento para que mi hijo sea transportado a un centro médico y a la firma de los comunicados por los representantes del campamento CommUNITY que pueden ser requeridos por cualquier proveedor de atención médica.
- En el caso de que yo no pueda ser localizado en caso de emergencia, doy permiso al médico seleccionado por los directores para asegurar y administrar el tratamiento requerido, incluyendo la hospitalización, por la persona mencionada anteriormente.
- He proporcionado números de teléfono y otra información pertinente en este formulario, para que el personal seleccionado por la Vice Presidente de Programas de MCA pueda notificarme en caso de emergencia. Entiendo que todo esfuerzo será hecho para notificarme en un caso de una emergencia.

### Comunicado de prensa

*Multicultural Alliance* tiene mi consentimiento y concedo permiso, sin reservas, a *Multicultural Alliance* y/o patrocinadores aprobados por *Multicultural Alliance* de generar, preparar, anunciar, describir y/o dar a conocer públicamente por *Multicultural Alliance*, su trabajo, buena voluntad, educación pública y/o actividades para recaudar fondos, difundir, utilizar de alguna manera y hacer comentarios en las fotografías y/o sonido o grabaciones de imagen que se determinen, sin revisión por mí o por mi hijo y sin obligación financiera o de otro tipo, de cualquier naturaleza ni a mí ni a mi hijo. Yo libero a *Multicultural Alliance*, sus oficiales, miembros de la mesa directiva, voluntarios, agentes, empleados, reclamaciones de concesión y asignación que yo o mi hijo podamos tener, por cualquier causa de acción que surja de la toma y/o uso de fotografías y/o grabaciones de sonido/imagen como se establece en este documento.

\_\_\_\_\_ Sí doy consentimiento y acepto los términos de liberación de los medios mencionados anteriormente.

\_\_\_\_\_ NO doy consentimiento o acepto los términos de liberación de los medios mencionados anteriormente.

Nota: Todos los delegados tomarán una encuesta antes del campamento y una encuesta al final del campamento. Los resultados de estas encuestas serán utilizados para los propósitos educativos y financiamiento. Las encuestas serán confidenciales y los delegados no se les pide que escriban sus nombres en dichas encuestas.

### Contrato de participante

- Estoy de acuerdo en que como delegado no puedo llegar tarde ni salir temprano durante el campamento CommUNITY.
- Los padres/guardianes y solicitantes asumen la plena responsabilidad por pérdidas o daños a la propiedad.
- El personal y los directores del campamento CommUNITY han hecho todo lo posible para garantizar un ambiente seguro en el campamento y cualquier actividad patrocinado por *Multicultural Alliance* fuera de la semana del campamento. Así libero a *Multicultural Alliance*, sus oficiales, miembros de la mesa



directiva, voluntarios, agentes, empleados, y/o licenciarios de cualquiera responsabilidad derivada por accidente o mala conducta.

- Para asegurar una experiencia de campamento segura, tenemos expectativas de comportamiento en el campamento, incluyendo la participación en todas las actividades del campamento. Cualquier delegado que demuestre un comportamiento inapropiado puede ser sancionado o retirado del campamento CommUNITY, según sea determinado por la Vice Presidente de Programas. Todo delegado que sea retirado del programa será enviado a casa por su propia cuenta y no son elegibles para ningún tipo de reembolso. El delegado y su madre/padre /tutor(es) son los responsables de los gastos de regreso a su casa, cualquier otro gasto asociado y por cualquier y todo daño causado por sus acciones.

**He leído, entendido y estoy de acuerdo con la salud y bienestar de libertad, comunicado de prensa, y el contrato de participante**

Nombre del aplicante	
Firma del aplicante	
Fecha de nacimiento del aplicante	
Nombre del padre/guardián	
Firma del padre/guardián	Date

Nombre del Solicitante	
------------------------	--

**Información sobre Seguro de gastos médicos:**

*Multicultural Alliance* se preocupa por la seguridad médica y la seguridad de cada participante. La siguiente información nos ayuda a asegurar el poder dar la mejor atención médica posible, en caso de un incidente.

Si es posible, por favor incluya una fotocopia de la tarjeta vigente del seguro de gastos médicos del aplicante.

¿El participante tiene cobertura médica familiar y de hospital?

No       Si, por favor complete lo siguiente:

Nombre de Plan/Aseguradora	
Grupo #	# del Miembro Delegado
Dirección de la aseguradora	
Teléfono de la aseguradora	
Nombre del titular de la póliza	
Relación con el solicitante	# de seguro social ó # miembro

Fotocopia de la tarjeta de seguro de gastos médicos anexada.