

# EL PROGRAMA DE ALIANZA DE RECREACIÓN

**¡Incluye natacion todos los dias!**



**¿DONDE?** Academia Central Elemental STREAM

829 Turner Street

(Entrada de la Cafetería)

**¿CUÁNDO?** 29 de Junio– 30 de Julio, 2026

de Lunes a Jueves

**¿QUIEN?** Los Niños de la Ciudad de Allentown

Edad de 7 a 13 Años

**HORAS:** 9:30 a.m. - 3:30 p.m.



**Desayuno y el Almuerzo son gratis**

**Los niños serán llevados a las piscinas públicas en autobús. Se deben llevar los trajes de baño debajo de la ropa normal.**

**La asistencia diaria esta limitada a 100. Prioridad será dada a los primeros 100 registrados.**

**Para mas información llame a Tina Amato a 610-437-7760, ext 7131.**

**\*Firme el permiso y tráigalo a departamento del Salud en Alianza,**

**245 N. 6<sup>th</sup> Street, Allentown, PA 18102**

**o envíelo a [alliancesummerrec@allentownpa.gov](mailto:alliancesummerrec@allentownpa.gov)**

## PERMISO & INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

**Completa todas las líneas abajo. Tiene completar esta información para que su niño pueda asistir.**

Yo doy permiso a mi niño para asistir al Programa de Recreación de Verano y para participar en excursiones y nadar. Yo, como padre/tutor legal por la presente renuncio a cualquier derecho o reclamo por daños, heridas o pérdidas contra las organizaciones patrocinadoras, sus empleados, agentes o asociados, que resulten de los servicios prestados. Yo comprendo que la participación de mi niño en el programa puede tener algún peligro y riesgo de herida y voluntariamente asumo tal riesgo. Yo doy permiso para que mi niño reciba tratamiento médico en caso de una emergencia. Yo entiendo, también, que las organizaciones patrocinadoras, sus empleados, agentes y asociados no son responsables si mi niño sale de cualquier sitio. Yo doy el permiso para que mi niño aparezca en persona o en voz, video, o la presentación fotográfica para la radio, la televisión, o los informes de los medios de impresión y/o la campaña de los medios resultando de participar en el programa del verano de Alianza.

**Nombre del niño(a):**(Letra de Imprenta por favor): \_\_\_\_\_

Niño \_\_\_ Niña \_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Escuela que asiste: \_\_\_\_\_ Grado completado: \_\_\_\_\_

Problemas físicos, medicamentos, alergias, o necesidades especiales: \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre/Madre o tutor legal** (Letra de Imprenta por favor): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Número del teléfono: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Nombre de persona para llamar en caso de urgencia:** \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Número del teléfono: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_



## CITY OF ALLENTOWN

### Acuerdo de Liberación de Permiso y Exención de Responsabilidad

Nombre de niño \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ (Otro número) \_\_\_\_\_

En consideración al antedicho menor, quien es permitido participar en el programa de **Alianza de Recreación en Academia Central Elemental STREAM** en las fechas siguientes: **el 29 de junio hasta el 30 de julio**, yo, por la presente, certifico que la Ciudad de Allentown, sus funcionarios, empleados, representantes y agentes, no se responsabilizan de cualquier reclamo, acciones, pleito daño, heridas y/o pérdidas de la persona o propiedad que se puede relacionar al antedicho menor en conexión a las actividades, incluyendo la transportación.

Yo certifico que tengo la custodia del antedicho menor, por razón de ser padre con custodia o tener la custodia por orden de la corte. Certifico también que antedicho menor tiene la habilidad física que participar en las actividades, y que yo he notificado por escrito a la Ciudad de cualquier medicamento, alergia y/o condición que sea necesario que sepa la Ciudad, medico, o proveedor de salud en el evento de herida y/o enfermedad.

Yo entiendo, también, que soy responsable por el reembolso de cualquier pérdida de daño o costo, incluso honorarios del abogado, que tenga que pagar la Ciudad de Allentown en el evento de litigio de un reclamo hecho por al antedicho menor o alguien en nombre del antedicho menor, que resulta directamente o indirectamente de la participación del antedicho menor en las actividades de la Ciudad.

Yo entiendo, también, que en el evento de herida o enfermedad, u otra circunstancia que requiere el permiso del padre o guardián, si no es posible favor ponerse en contacto conmigo o con el individuo indicado abajo, la Ciudad de Allentown tiene la autoridad de actuar por nosotros.

X \_\_\_\_\_  
Nombre de padre o tutor legal

X \_\_\_\_\_  
Firma de padre o tutor legal

X \_\_\_\_\_  
Fecha

En caso de emergencia y si no es posible contactar a la persona indicada, favor de notificar a:

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

**Agencia:** Alliance Hall of Allentown/Allentown Health Bureau

**Título del programa:** Alliance Summer Recreation Program

**Breve descripción de las actividades del programa:**

Recreation for Allentown youth ages 7-13.

**Nombre del niño:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**RAZA Y ORIGEN ÉTNICO:** Esta información se requiere únicamente para asegurar la no discriminación en los programas financiados por el gobierno federal.

Marque las casillas **en ambas columnas**.

**Raza** (Por favor, seleccione **una o más** declaraciones que describe mejor tu composición racial):

Soy Blanco.

Soy Negro o Afroamericano.

Soy Asiática

Soy Indio Americano o Nativo de Alaska.

Soy Nativo Hawaiano u otro Isleño del Pacífico.

Soy Indio Americano o Nativo de Alaska y Blanco.

Soy Asiática y Blanca.

Soy Negro o Afroamericano y Blanco.

Soy Indio Americano o Nativo de Alaska y Negro o Afroamericano.

**Origen étnico:**

Soy Hispano / Latino

Soy no Hispano o Latino

---

¿Hay algún adulto en su hogar, que no sea el jefe de familia y su cónyuge, inscrito como estudiante?  Sí  No

¿Es una mujer la cabeza de tu hogar?  Sí  No

¿Alguien en su hogar tiene alguna discapacidad?  Sí  No

---

**FAVOR DE CONTINUAR A LA PÁGINA SIGUIENTE**

## VERIFICACIÓN DE HOGAR Y DE INGRESOS

Seleccione el número de personas en su hogar en la columna Tamaño del hogar y la categoría de ingresos de una de las cuatro (4) columnas directamente a la derecha del Tamaño del Hogar.

<u>Tamaño del hogar</u>	<u>0-30% AMI</u>	<u>31-50% AMI</u>	<u>51-60% AMI</u>	<u>61-80% AMI</u>
___ 1 persona	___ \$0 – \$21,050	___ \$21,051-35,100	___ \$35,101-\$42,120	___ \$42,121-\$56,150
___ 2 personas	___ \$0 – \$24,050	___ \$24,051-40,100	___ \$41,101-\$48,120	___ \$48,121-\$64,150
___ 3 personas	___ \$0 – \$27,050	___ \$27,051-\$45,100	___ \$45,101--\$54,120	___ \$54,121-\$72,150
___ 4 personas	___ \$0 – \$30,050	___ \$30,051-\$50,100	___ \$50,101-\$60,120	___ \$60,121-\$80,150
___ 5 personas	___ \$0 – \$32,500	___ \$32,501-\$54,150	___ \$54,151- 64,980	___ \$64,981-\$86,600
___ 6 personas	___ \$0 –\$34,900	___ \$34,901 -\$58,150	___ \$58,151-\$69,780	___ \$69,781-\$93,000
___ 7 personas	___ \$0 – \$37,300	___ \$37,301-\$ 62,150	___ \$62,150-\$74,580	___ \$74,581-\$99,400
___ 8 personas	___ \$0 –\$39,700	___ \$39,701-\$66,150	___ \$66,151-\$79,380	___ \$79,380-\$105,800

2025-2026

Certifico / certificamos que toda la información sobre esta certificación es verdadera y correcta a nuestro conocimiento y entiendo que la información proporcionada está sujeta a verificación por parte del municipio local que financia y el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE. No conozco ningún cambio potencial en los ingresos de ningún miembro del hogar que pueda ocurrir durante los próximos seis meses que no se divulgaron en esta solicitud.

Entiendo que, si a sabiendas o intencionalmente hago declaraciones falsas en la certificación u otra documentación de respaldo, se me solicitará que reembolse el monto total de cualquier asistencia brindada.

Es la póliza de la Ciudad de Allentown no discriminar en base a raza, color, religión, sexo, discapacidad, orientación sexual, u origen de nacionalidad y origen étnico en sus programas de educación, pólizas de admisión, empleo y pólizas generales.

DECLARACIONES "BAJO PENALIZACIÓN" - Una persona comete un delito menor de tercer grado, si él o ella hace una declaración falsa por escrito que él no cree que sea cierta, en o de conformidad con un formulario con aviso, autorizado por la ley, a tal efecto. que las declaraciones falsas hechas allí son punibles por ley.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de impresión

\_\_\_\_\_  
Nombre de impresión

### **Oficial autorizado:**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Título

