



Healing Hearts of Waukesha County, Inc. Formulario de Inscripción

	Adulto (s)	Niño Participante # 1	Niño Participante # 2	Niño Participante # 3	Niño participante#4
Nombre: Incluya el apodo del niño y su apellido, en caso de ser diferente del adulto	Nombre y apellido:	Nombre y apellido:	Nombre y apellido:	Nombre y apellido:	Nombre y apellido:
	Apodo:	Apodo:	Apodo:	Apodo:	Apodo:
	Padres(s) <input type="checkbox"/>				
	Guardián(es) <input type="checkbox"/>				
Edad, Fecha de Nacimiento, Grado, Escuela	Adultos que participarán en las sesiones de Healing Hearts: Nombre: Fecha de Nacimiento:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Fecha de Nac.: Edad: Grado: Escuela:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Fecha de Nac.: Edad: Grado: Escuela:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Fecha de Nac.: Edad: Grado: Escuela:	Sex: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Fecha de Nac.: Edad: Grado: Escuela:
Origen Étnico					
Contacto en caso de emergencia, por cada participante, incluidos adultos	Nombre: Teléfono:	Nombre: Teléfono:	Nombre: Teléfono:	Nombre: Teléfono:	Nombre: Teléfono:
Condiciones Médicas/ Alergias a alimentos o mascotas domésticas					
Problemas de Aprendizaje					
Almuerzo gratuito/Precio reducido		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Para propósitos de conseguir una subvención del gobierno, por favor indíquenos aproximadamente su nivel de ingreso familiar: <input type="checkbox"/> Por debajo de \$25,000 <input type="checkbox"/> \$25,000-50,000 <input type="checkbox"/> Sobre \$50,000					
Ocupación:					
¿Cómo ha conocido a Healing Hearts?					
Dirección de su Domicilio(Calle, Ciudad, Código Postal):					
Números de Contacto # Casa:		# Cel.:		Dirección de Correo Electrónico:	
¿Puede Healing Hearts contactarlo a su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Horario:		# Trabajo:	

Razón por la cual ha venido a Healing Hearts: Fallecimiento <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Separación <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Encarcelamiento <input type="checkbox"/> Inmigración <input type="checkbox"/> Despliegue Militar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Por favor especifique:	
Circunstancias de su pérdida (por favor, descríbanos brevemente, como ocurrió):	
¿Cuándo ocurrió ésta (Fecha/Año)?	
Afilación Religiosa de la Familia/Fé que practican: Ninguna <input type="checkbox"/> Cristiana <input type="checkbox"/> Judía <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Por favor especifique:	

PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER A SU NINO AL FINAL DE LAS SESIONES, SI USTED NO ESTÉ PARTICIPANDO

Nombre	Teléfono
Nombre	Teléfono

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA MÉDICA

Consentimiento Médico: En el evento de que suceda algún accidente o se declare alguna enfermedad, doy mi permiso para transportar a cualquier familiar que esté participando en las actividades en Healing Hearts, a un centro hospitalario de emergencia para ser atendido. También otorgo mi permiso a cualquier o todos los proveedores de salud designados por los voluntarios o personal de Healing Hearts, para otorgar a todos o cada uno de los miembros de mi familia, identificados previamente como participantes de Healing Hearts, cualquier o todo tipo de tratamiento médico necesario relacionado a este accidente o enfermedad. Además, entiendo que mi familia y/o yo, seremos contactados posible y tan pronto como sea posible, ante una eventual emergencia médica y seré/seremos informado(s) de todos los detalles relacionados con esta emergencia.

Firma del Padre o Madre/Guardián	Fecha
----------------------------------	-------

CONSENTIMIENTO E AUTORIZACIÓN PARA TOMAR FOTOS Y GRABAR VIDEOS

Nos gustaría mostrar a la comunidad lo que hacemos en Healing Hearts, por lo cual pedimos su permiso de utilizar fotos de usted y miembros de su familia en nuestros videos y publicaciones en línea.

Otorgo mi permiso para que uno o más fotos o videos pueden ser grabados de cualquier miembro de mi familia mientras que estén participando en Healing Hearts con la condición de ser usado para promover el programa vía comunicaciones de marketing como el sitio web, puestos de exhibiciones, folletos y/o comunicaciones públicas como periódicos, publicaciones en línea, etc. a lo largo del año.

No otorgo permiso para que Healing Hearts grabe ni fotografíe a ningún miembro de mi familia.

Firma del Padre o Madre/Guardián	Fecha
----------------------------------	-------

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA

Otorgo mi permiso para que el o los miembros de mi familia, nombrados anteriormente participen en el Programa de Healing Hearts of Waukesha County. Entiendo la importancia de que mi familia participe en cada sesión, para que de esta manera podamos recibir el mayor beneficio posible de este programa de apoyo grupal. Y me comprometo en la participación de mi familia durante las 12 semanas de sesiones.

Firma del Padre o Madre/Guardián

Fecha

GUARDERIA INFANTIL

Por favor, dénos el nombre y edad de cada niño por el cual necesitará guardería infantil durante las sesiones de Healing Hearts (habrá disponibilidad para niños menores de 4 años)

¿Tiene su hijo alguna condición médica que deberíamos saber? ¿O alergia a algún alimento?

¿Tiene su hijo alguna necesidad especial, emocional o de aprendizaje que deberíamos saber? Si es así, por favor descríbala.

Por favor, envíe de vuelta los formularios, por correo, una vez los haya completado, a:

Healing Hearts of Waukesha County
121 W. Wisconsin Ave
Waukesha, WI. 53186

Siéntase en libertad de contactar a la Sra. Melissa al correo electrónico: mminkley.hhwc@gmail.com, o a la Sra. Julie, a: info.hhwc@gmail.com, o de llamar al: (262) 751-0874, si tiene alguna pregunta o motivo de preocupación. Para más información, también puede contactarse a nuestro sitio web en:

<http://www.healingheartsofwaukesha.org>.

Revisado diciembre, 2015

Nuestra Misión: Healing Hearts of Waukesha County, es una organización para la comunidad, cuya misión es servir y dar apoyo a niños y familiares que están pasando por alguna situación de pérdida.