



Oficina de Servicios para Personas Sordas
y con Problemas de la Audición (DHHS)
**Solicitud para los Campistas
del Campamento SIGN**

Llene esta solicitud y envíela con la tarifa de \$35 a
Office of Deaf and Hard of Hearing Services
P.O. Box 12306
Austin, Texas 78711

Si tiene preguntas, llame al 512-410-0978
Fax: 512-407-3299
Correo electrónico: dhhs.training@hpsc.state.tx.us
Sitio web: <https://hhs.texas.gov/services/disability/deaf-hard-hearing>

Información sobre el solicitante

Apellido:	Primer nombre:	Fecha de nacimiento:	Edad al ir al campamento:
Marque con una X el sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Escuela:	Grado:	Ciudad:

Marque con una X sus selecciones de las siguientes categorías:

Camiseta (tamaño de adulto): <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL <input type="checkbox"/> XXXL	Grupo étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o No latino Raza (marque con una X todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Indio americana o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Hawaiana, de Samoa o de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca	Grado de pérdida de la audición: <input type="checkbox"/> Sordera <input type="checkbox"/> Problemas de la audición <input type="checkbox"/> Uso de audifono <input type="checkbox"/> Aparato coclear implantado <input type="checkbox"/> Otro (especifique)	Método de comunicación: <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas americano (ASL) <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas de inglés exacto (SEE) <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Otro (especifique)
---	---	--	---

Información sobre el padre, la madre o el tutor

Marque con una X para escoger uno.
 Padre o madre Abuelo Tutor Otro (especifique):

Apellido:	Primer nombre:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono de la casa: ()	Teléfono del trabajo: ()	Teléfono celular: ()	
Número o dirección del buscapersonas: () o	Dirección de correo electrónico:		

Contacto en caso de emergencia

Nombre:	Teléfono:	Relación:
---------	-----------	-----------

()

Información médica

Marque con una X todas las que correspondan.

Enfermedades que el solicitante ha tenido: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Otra (especifique)	Padecimientos médicos crónicos o repetidos: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Trastornos con hemorragia <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Infección del oído <input type="checkbox"/> Mareo <input type="checkbox"/> Hemorragia nasal <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Otro (especifique)	Alergias conocidas: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Animales <input type="checkbox"/> Fiebre del heno <input type="checkbox"/> Picaduras de insectos <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Polen <input type="checkbox"/> Plantas <input type="checkbox"/> Otra (especifique)	Problemas emocionales o de conducta: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Tiene déficit de atención <input type="checkbox"/> Orinarse en la cama <input type="checkbox"/> Trastornos emocionales <input type="checkbox"/> Trastornos del sueño <input type="checkbox"/> Otro (especifique)
---	---	---	--

¿Toma algún medicamento el solicitante? Sí No
Si contesta "Sí", haga una lista de los medicamentos a continuación:

¿Tiene el solicitante problemas de conducta? Sí No
Si contesta "Sí", marque con una X todos los que correspondan.

<input type="checkbox"/> Tiene berrinches <input type="checkbox"/> Golpea a los demás <input type="checkbox"/> Desobedece	<input type="checkbox"/> No coopera <input type="checkbox"/> Tiene déficit de atención <input type="checkbox"/> Otro (especifique):
---	---

Nota: cualquier campista que constantemente cause problemas tendrá que regresar a casa.

Informe sobre los ingresos

Escriba el promedio de los ingresos mensuales de cada miembro del hogar, incluso los niños. Apunte los ingresos brutos (el total antes de pagar impuestos y seguro, y sin las deducciones). Usted puede decidir no dar la información sobre sus ingresos. Si decide no darla, usted tendrá que pagar la tarifa completa del campamento además de la tarifa de solicitud. El total a pagar aparece en la carta de aceptación preliminar.

Si no quiere dar la información sobre sus ingresos y está de acuerdo en pagar la tarifa completa del campamento para este campista, escriba sus iniciales aquí _____.

	Primer nombre	Apellido	Número de Seguro Social*	Ingresos mensuales
1.				
2.				

3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

*Si un miembro del hogar recibe Estampillas para Comida o Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF), escriba su número de caso y número de Seguro Social.

Firma

Al firmar esta forma, declaro que

- He dado información verdadera y correcta sobre mi hijo o el niño bajo cuidado temporal;
- Estoy solicitando la inscripción en el Campamento SIGN para mi hijo o el niño bajo cuidado temporal. Envío la tarifa de solicitud de \$35.00 que no es reembolsable. Entiendo que me cobrarán y tendré que pagar cualquier recargo por presentar un cheque sin los fondos suficientes;
- Estoy de acuerdo en liberar al Campamento SIGN de DHHS de toda responsabilidad, daños o perjuicios por lesiones o enfermedades como resultado de un accidente que suceda dentro del campamento o fuera de sus límites;
- Doy permiso a los empleados del Campamento SIGN de DHHS para que presten a mi hijo cualquier atención médica en caso de que se lesione o se enferme;
- Doy permiso al Campamento SIGN de la DHHS para sacar, usar y publicar fotografías de mi hijo con el propósito de dar publicidad o promover al Campamento SIGN;
- Entiendo que se espera la cooperación completa de mi hijo o del niño bajo cuidado temporal; y
- Entiendo que soy responsable de transportar a mi hijo o al niño bajo cuidado temporal al campamento y de recogerlo.

Firma del padre, de la madre o del tutor:

X

Fecha:

Nombre en letra de molde: