



CAMP SIGN (Campo de Señas Manuales)
Oficina para Sordos y Deficientes de Audición
(sigla DHHS en inglés)
4900 N. Lamar Blvd., Suite 2169; Austin, Texas 78751



Camp SIGN (Campo de Señas Manuales) es un ambiente libre de barreras para alumnos sordos o con deficiencias auditivas. La meta de Camp SIGN es de incluir a todos los alumnos sordos o con deficiencias auditivas al largo del estado de Tejas sin importar la manera de comunicación que ellos utilizan.

Camp SIGN es para niños y niñas que son sordos o con deficiencias auditivas que pueden beneficiarse de un programa de entrenamiento al aire libre. Niños entre las edades de **10 y 15** años son elegibles para participar. Jóvenes de 16 a 17 años pueden participar en el programa para entrar a Consejeros-en-Entrenamiento, (sigla CIT en inglés) el cual desarrolla líderes y les convierte en buenos consejeros y líderes del futuro.

El personal administrativo se escoge según la variedad de necesidad de comunicación de los acampadores. La mayor parte de los consejeros son profesionales que trabajan con individuos sordos o con deficiencias auditivas, y además sirven como modelos excelentes para los acampadores. Muchos de los consejeros son campistas anteriores y consejeros que regresan año tras año a trabajar con el programa.

Camp SIGN continúa a utilizar los bosques de Conroe, Tejas solamente 35 millas al norte de Houston. El Camp Misty Meadows es propiedad del Concilio de Exploradoras de San Jacinto y administrado por ellos. Camp SIGN '10 se llevará a cabo desde **el 5 de Agosto hasta el 10 de Agosto de 2012.**

Cada año el programa Camp SIGN se mantiene por medio de donaciones para continuar funcionando. Por lo tanto, estas donaciones no cubren todo el costo del campo. La Oficina para Sordos y Deficientes de Audición (sigla DHHS en inglés) emplea el sistema de cuota según los ingresos familiares. Se pide que los padres nos provean información sobre los ingresos familiares en la parte de atrás del formulario de solicitud para determinar el costo por su hijo o hija. Existen dos tipos de costos distintos: el costo de la aplicación y el costo por el campo. El costo será desde \$35.00 hasta \$185.00 (incluye el costo de la solicitud, y del campo) según los ingresos familiares. El examen médico y la transportación no están incluidos en el costo total. Obsequios y donaciones pueden ser enviados a Camp SIGN, c/o DHHS, P.O. Box 12306, Austin, Texas 78711. Para más información, llamen a Ann Horn al 512-407-3250 (se utilizara interprete en español) o 512-410-1387 (videophone) en Austin, Tejas. Domicilio por carta electrónica ann.horn@dars.state.tx.us.

Si su hijo o hija es aceptado como participante del programa Camp Sign, usted recibirá de pre-aceptación una carta antes del 1, de Mayo, indicando el costo para su niño. También recibirá el formulario de permiso médico y formas de liberación. Por favor note que un médico debe examinar a su niño y firmar la forma medica. Ningún niño será admitido sin el papeleo requerido.

Para matricular a su hijo/hija usted debe:

1. Completar la solicitud, Información Medica, y forma de los ingresos familiares.
2. Mande la solicitud con el cheque o giro postal no reembolsable de \$35.00 antes de 17 de Abril. Con este deposito se le reservara espacio para el niño o niña. Envíelo a Camp SIGN, Oficina para Sordos y Deficientes de Audicion, P.O. Box 12306; Austin, Texas 78711.
3. Al recibir la carta que su niño/a fue pre-aceptado, sera esencial completar el papeleo que se le pida antes de la fecha establecida. El espacio llegará a ser disponible para el próximo campista en la lista de espera si no se recibe el papeleo.
4. El costo del Examen Medico, y la transportacion del niño/a asi el campo es la RESPONSABILIDAD de los padres/ guardianes.

Nota: No se aceptan solicitudes después de las fecha indicadas debido a al respuesta agobiante para la matriculación. Les sugerimos que manden la solicitud de su hijo/a con el pago por la misma, tan pronto como le sea posible. Las solicitudes primero recibidas serán procesadas primero.



TEXAS

Department of Assistive
and Rehabilitative Services

**División de Servicios de Rehabilitación
Oficina de Servicios para Personas Sordas y con Problemas
de la Audición**

**Solicitud para los Campistas del
Campamento SIGN**

Llene esta solicitud y envíela con la tarifa de \$35 a

Office for Deaf and Hard of Hearing Services
PO Box 12306
Austin, Texas 78711

Si necesita ayuda o si tiene preguntas, llame al
512-410-1387

Videoteléfono: 512-407-3254

Fax: 512-407-3299 Correo electrónico:

ann.horn@dars.state.tx.us

www.dars.state.tx.us/dhhs

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 o Tutor

Marque con una X para escoger uno.

Padre 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:

- Ninguno
- Varicela
- Rubéola
- Sarampión
- Paperas
- Otra (especifique)

Padecimientos médicos crónicos o repetidos:

- Ninguno
- Asma
- Trastornos con hemorragia
- Estreñimiento
- Infección del oído
- Mareo
- Hemorragia nasal
- Convulsiones
- Otro (especifique)

Alergias conocidas:

- Ninguna
- Animales
- Fiebre del heno
- Picaduras de insectos
- Medicamentos
- Polen
- Plantas
- Otra (especifique)

Problemas emocionales o de conducta:

- Ninguno
- Tiene déficit de atención
- Orinarse en la cama
- Trastornos emocionales
- Trastornos del sueño
- Otro (especifique)

¿Toma algún medicamento el solicitante?

- Sí No

Si contesta "Sí", escriba el nombre de los medicamentos aquí:

¿Tiene el solicitante problemas de conducta?

- Sí No

Si contesta "Sí", marque con una X todos los que correspondan.

- Tiene berrinches
- Golpea a los demás
- Desobedece
- No coopera
- Tiene déficit de atención
- Otra (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 o Tutor:

Fecha:

Nombre en letra de Molde:

X