



CAMP SELECTIONS SELECCIÓN DE CAMPAMENTO

KINDERGARTEN THROUGH 5TH GRADE KÍNDER A QUINTO GRADO

FUNDED BY
FUNDADO
POR DCYF



FEES/PRECIOS

General Public
\$200 week/semana

Extended Care
\$10
week/semana

2025 Camp Kroc Student
\$100 week/semana

CRG
Discovery and
Music Camps
Free/Gratis

2025-2026 ASP Student
\$50 week/semana

To select, please write your initials in the box

Para seleccionar, por favor escriba sus iniciales en el recuadro.

Student Name Nombre del estudiante	Grade Grado		Before Care Cuidado de la Mañana 7:30 AM - 8:00 AM	Camp Hours Hora del campamento 8:00 AM - 5:00 PM	After Care Cuidado de la Tarde 5:00 PM - 5:30 PM
WEEK 1 Semana 1 June 15 - 18 15 a 18 de junio	Lights, Camera, Create! ¡Luces, cámara, crea! Movie and Park Day Día de Cine y Parque	NO CAMP JUNE 19			
WEEK 2 Semana 2 June 22 - 26 22 a 26 de junio	Safari Adventure Aventura de Safari Oakland Zoo Zoológico de Oakland				
WEEK 3 Semana 3 June 29 - July 2 29 de junio a 2 de julio	Nature Detectives Detectives de la Naturaleza Golden Gate Park Parque Golden Gate	NO CAMP JULY 3			
WEEK 4 Semana 4 July 6 - 10 6 a 10 de julio	Luna Power Up Week Semana Actívale con Luna Movie and Park Day Día de Cine y Parque				
WEEK 5 Semana 5 July 13 - 17 13 a 17 de julio	Mission: Possible! ¡Misión: Posible! Scavenger Hunt Búsqueda del Tesoro				
WEEK 5 Semana 5 July 13 - 18 13 a 18 de julio	Discovery Camp (Overnight Camp) Campamento Descubrimiento con Pernocta Camp Redwood Glen / Scotts Valley, California Ages 8-12 (limited spots)	Please register for Discovery Camp with Richard Emmanuel, Overnight Camp Coordinator, at 415.345.3402 or at Richard.Emmanuel@usw.salvationarmy.org. Por favor, inscribise en el Campamento Discovery con Richard Emmanuel, Coordinador del Campamento Nocturno, llamando al 415.345.3402 o enviando un correo electrónico a Richard.Emmanuel@usw.salvationarmy.org.			
WEEK 6 Semana 6 July 20 - 24 20 a 24 de julio	Curiosity Around the World Curiosidad por el Mundo Exploratorium Exploratorium				
WEEK 6 Semana 6 July 20 - 22 20 a 22 de julio	Music Camp (Overnight Camp) Campamento Descubrimiento con Pernocta Camp Redwood Glen / Scotts Valley, California Ages 8-16 (limited spots)	Please register for Music Camp with Richard Emmanuel, Overnight Camp Coordinator, at 415.345.3402 or at Richard.Emmanuel@usw.salvationarmy.org. Por favor, inscribise en el Campamento de Música con Richard Emmanuel, Coordinador del Campamento Nocturno, llamando al 415.345.3402 o enviando un correo electrónico a Richard.Emmanuel@usw.salvationarmy.org.			
WEEK 7 Semana 7 July 27 - 31 27 a 31 de julio	The Great Kroc Cook Off El Gran Concurso de Cocina Kroc Food Truck Day Día de Troca de Comida				
WEEK 8 Semana 8 Aug 3 - 7 3 a 7 de agosto	The Grand Summer Send-Off La Gran Despedida de Verano Spirit Week and Great America Semana del Espíritu Escolar y Great America				

Field trips scheduled could change due to unanticipated circumstances.
Planes de paseos podran cambiar por razones inesperadas.

TOTAL PROGRAM FEES
Precios totales del programa

STUDENT ESTUDIANTE

☐ NON-BINARY NO BINARIO

GRADE GRADO

SFUSD Password/Contraseña:

PARENT/GUARDIAN PADRE/MADRE/GUARDIAN (FIRST & LAST NAME NOMBRE Y APELLIDO)

WORK PHONE TELÉFONO DE TRABAJO

T-SHIRT SIZE TALL A DE CAMISETA

☐ CHECK HERE TO OPT-OUT OF EMAILS ABOUT UPCOMING CLASSES, EVENTS & CLOSURES.
MARQUE AQUÍ PARA OPTAR POR NO RECIBIR CORREOS ELÉCTRONICOS SOBRE LAS PRÓXIMAS CLASES, EVENTOS Y CIERRES.

ADDRESS DIRECCIÓN

ZIP CODE CÓDIGO POSTAL

CONTACTOS DE EMERGENCIA Y
QUIENES ESTAN AUTORIZADOS EN RECOGER A SU HIJO/ACELL PHONE
TELÉFONO MÓVIL

CELL PHONE
TELÉFONO MÓVIL

○ DIABETES DIABETES	○ ALLERGIC TO INSECT STINGS ALÉRGICO/A A INSECTOS	○ BEHAVIORAL CHALLENGES DIFICULTAD EN COMPORTAMIENTO	○ ASTHMA ASMA
○ ALLERGIC TO PENICILIN ALÉRGICO/A PENICILINA	○ EPILEPSY EPILEPTICO/A	○ CARRIES INHALER CARGA UN INHALADOR	○ CARRIES EPI-PEN CARGA UNA INYECCIÓN EPINEFRINA

DIETARY RESTRICTIONS RESTRICCIONES DIETÉTICO

DATE OF LAST TETANUS SHOT
FECHA DE ÚLTIMA VACUNA DE TÉTANOS

ACTIVITY RESTRICTIONS

☐ NO

SURVEY (FOR DCYF) ENCUESTA (PARA DCYF, YA QUE LA CIUDAD NOS HAN CONCEDIDO CON UNA BECA)

HOUSING STATUS ESTATUS DE HOGAR

- _____ PERMANENT/STABLE HOUSING
HOGAR ESTABLE / PERMANENTE
- _____ HOMELESS - TRANSITIONAL/SUPPORTIVE HOUSING
SIN HOGAR - HOGAR EN TRANSITO/ HOGAR DE APOYO
- _____ HOMELESS - SHELTER/EMERGENCY HOUSING
SIN HOGAR - ALBERGUE / HOGAR DE EMERGENCIA
- _____ HOMELESS - MOTEL/HOTEL
SIN HOGAR - MOTEL / HOTEL
- _____ HOMELESS - STAYING WITH FAMILY/FRIENDS/DOUBLE-UP
SIN HOGAR - QUEDANONOS CON FAMILIAR/AMISTADES
- _____ HOMELESS - UNSHELTERED
SIN HOGAR - NO TENEMOS NINGUN HOGAR

HOME LANGUAGE IDIOMA DE CASA

- _____ ENGLISH INGLES
- _____ SPANISH ESPAÑOL
- _____ CANTONESE CANTONESE
- _____ JAPANESE JAPONES
- _____ KHMER/CAMBODIAN KHMER / CAMBOYANO
- _____ KOREAN KOREANO
- _____ LAOTIAN LAOSIANO
- _____ MANDARIN MANDARÍN
- _____ SAMOAN SAMOANO
- _____ OTHER OTRO
- _____ SPECIFIC LANGUAGE/DIALECT
ESPECIFIQUE IDIOMA / DIALECTO
- _____

RACE/ETHNICITY RAZA / ETNIA

- _____ AFRICAN-AMERICAN
AFRO AMERICANO
- _____ OTHER BLACK (SPECIFY BELOW)
OTRO NEGRO (ESPECIFIQUE ABAJO)
- _____ ASIAN - CHINESE
ASIÁTICO- CHINO
- _____ ASIAN - FILIPINO
ASIÁTICO - FILIPINO
- _____ ASIAN - KHMER/CAMBODIAN
ASIÁTICO – KHMER/CAMBOYANO
- _____ ASIAN - VIETNAMESE
ASIÁTICO – VIETNAMITA
- _____ ASIAN - OTHER (SPECIFY BELOW)
ASIÁTICO – OTRO (INDIQUE ABAJO)
- _____ HISPANIC/LATINO - MEXICAN / MEXICAN AMERICAN
HISPANO / LATINO – MEXICANO / AMERICANO
- _____ HISPANIC/LATINO - CENTRAL AMERICAN
HISPANO / LATINO – CENTRO AMERICANO
- _____ HISPANIC/LATINO - SOUTH AMERICAN
HISPANO / LATINO – SUR AMERICANO
- _____ HISPANIC/LATINO - OTHER (SPECIFY BELOW)
HISPANO / LATINO – OTRO (ESPECIFIQUE ABAJO)
- _____ MIDDLE EASTERN- ARAB
DE MEDIO ORIENTE - ÁRABE
- _____ MIDDLE EASTERN - IRANIAN
DE MEDIO ORIENTE – IRANÍ
- _____ MIDDLE EASTERN - OTHER (SPECIFY BELOW)
DE MEDIO ORIENTE – OTRO (ESPECIFIQUE ABAJO)
- _____ NATIVE AMERICAN, PACIFIC ISLANDER
INDIO AMERICANO / NATIVO DE LA POLINESIA
- _____ WHITE; MULTI-RACIAL/MULTI-ETHNIC
BLANCO ; MULTIRACIAL / MULTIÉTNICA
- _____ OTHER (SPECIFY BELOW)
OTRO (ESPECIFIQUE ABAJO):
- _____

SPECIFIC ETHNICITY
ESPECIFIQUE ETNICA

PERMISSION FOR CONSULTATION RELEASE OF RECORDS AUTORIZACIÓN PARA OBTENER REGISTROS ESCOLARES

ENGLISH

I, _____, as the parent/legal guardian, give my permission for The Salvation Army Ray & Joan Kroc Corps Community Center staff and/or volunteers working with my child, _____, to consult with, obtain information or progress report card from, and to release information to my child's school. I understand that all discussions and correspondences are confidential. I reserve the right to withdraw permission, in writing, at any time for future consultation or exchange of records.

Any limitations to the above are noted below:

ESPAÑOL

Yo, _____, como el padre/guardián, doy permiso que los empleados y/o voluntarios del Centro de Kroc del Ejército de Salvación con quienes trabajan con mi hijo/a, _____, que consulten con, obtengan información o reporte de progreso académico, y den información a la escuela de mi hijo/a. Entiendo que toda discusión y correspondencia es confidencial. Yo reservo el derecho de retirar mi permiso, por medio de carta, a cualquier punto en el futuro sobre intercambio de registros o información.

Cualquier limitación sobre lo de arriba por favor apunte aquí:

PLEASE LIST ANYTHING THAT MAY AFFECT YOUR CHILD'S EXPERIENCE AT THE KROC CENTER (IE DIVORCE, MOVING, HEALTH, IEP OR ANY SPECIAL ACCOMODATIONS, ETC) POR FAVOR PROPORCIONE CUALQUIER OTRO TIPO DE INFORMACIÓN QUE AFECTE LA EXPERIENCIA DE SU HIJO/A EN EL CENTRO DE KROC (EJ. DIVORCIO, MUDÁNDOSE, SALUD MENTAL, IEP O CUALQUIER TIPO DE ACOMODACIÓN QUE DEBERÍAMOS DE HACER, ETC.)

PLEASE ATTACH YOUR STUDENT'S IEP (Individualized Education Plan) WITH YOUR APPLICATION.

POR FAVOR ADJUNTE IEP (Programa de educación individualizada) DE SU ESTUDIANTE CON SU APLICACIÓN.

TERMS OF ENROLLMENT

By signing this Enrollment Form, I (we) agree to the following: (1) participant and any guests in his/her party will abide by the terms of this Agreement at all times during the period of enrollment and will comply with all rules and regulations posted or otherwise communicated, (2) in case of illness or injury, The Salvation Army is authorized to secure emergency medical treatment at the participant's expense, (3) The Salvation Army Kroc Center reserves the right to remove from the facility or terminate the enrollment of any participant who fails to comply with any posted rules and regulations or otherwise breaches the terms of this Agreement, in which case participant will not be entitled to a refund of fees, and (4) enrollment is not transferable, and (5) grant permission for The Salvation Army to make visual recordings of all individuals listed on this form for its responsible use.

CONSENT TO TAKE AND PUBLISH PHOTOGRAPHS, VIDEO, AUDIO, AND MEDIA RECORDINGS—I hereby grant The Salvation Army, its agents and those by whom it is commissioned, unrestricted and unlimited license, right, permission, and consent to use and reuse, copyright, print, reproduce, publish, and republish, for any and all trade purposes or commercial or other advertising or public purposes, said media usage depicting me or a minor for whom I have legal responsibility. I warrant that I have not limited or restricted the use of my name or photograph to the use of any organization or person.

LIABILITY WAIVER—Please read this Waiver carefully as it affects your legal rights in the event of an injury, contraction of a communicable disease, infection and/or damage to property. By signing this document you are representing that you have read, understood and agree to be bound by the Terms of this Waiver. I understand that entry into and use of the facilities and equipment at The Salvation Army Kroc Center may involve risk of bodily injury, property damage, contraction of a communicable disease and/or contraction of a viral or bacterial infection and I agree to assume any such risks. I understand that it is up to me to consult physicians and other professionals to make sure that I (or the minor for whom I sign) can safely participate in activities and events at The Salvation Army Kroc Center. I also understand and agree that by signing this Agreement, I am giving up my (or the minor for whom I sign is giving up) rights to make any claim or file a lawsuit and/or action against The Salvation Army, its agents, employees and volunteers, including, but not limited to, the right to bring a claim against or sue them, for bodily injury, property damage, contraction of a communicable disease and/or contraction of a viral or bacterial infection of any type and/or any other loss that I might suffer while using The Salvation Army Kroc Center facilities and services, except as limited by law.

NOTICE—In order to promote a safe and secure environment, The Salvation Army has placed video cameras in various locations throughout the facility. As part of our commitment to the safety of children and vulnerable persons, The Salvation Army Kroc Center reserves the right to consult public sources to determine whether any member or guest of any member poses an unreasonable risk of harm to its patrons, staff, or visitors

TRANSPORATION WAIVER - By signing the following, I give permission for my child to be transported in a Kroc vehicle. I understand that my child is expected to follow all applicable laws regarding riding in a motor vehicle and is expected to follow the directions provided by the driver and/or other adult volunteers.

EQUIPMENT RETURN AGREEMENT (IF APPLICABLE)—I (We) understand that any issued equipment is borrowed and **MUST** be returned after the last class/game. I (We) agree to return issued equipment after the last class/game, if equipment is not returned after the last class/game or is damaged beyond repair, I (We) understand that I (We) am (are) financially responsible for its replacement.

CLASS AND PROGRAM CANCELLATIONS— Full payment is expected at the time of enrollment. No refunds are given unless the program is cancelled by The Salvation Army. The Kroc Center will determine if a class needs to be cancelled due to low enrollment 48 hours prior to the start of class. If the program is canceled by The Salvation Army, you will be given the choice of a full credit or refund. Cancellation requests made less than five days prior to the start date are not eligible for a refund or credit, except in the case of personal emergencies (e.g. death in the family, serious illness, relocation). No credits, pro-rated credits, or refunds will be issued for missed days of camp or class due to illness, partial attendance, behavior issues, or any other reason. **Late pick-up fees will automatically be charged to your account.**

PARENT/GUARDIAN NAME, PLEASE PRINT

DATE

STUDENT'S NAME

PARTICIPANT OR PARENT/GUARDIAN SIGNATURE

CONDICIONES DE INSCRIPCIÓN

Al firmar este Formulario de Inscripción, yo (nosotros) aceptamos lo siguiente: (1) el participante y cualquier acompañante invitado se seguirán a los términos de este Acuerdo en todo momento durante el período de clase y cumplirán con todas las reglas y regulaciones publicadas o comunicados a los miembros, (2) en caso de enfermedad o lesión, el Ejército de Salvación está autorizado a asegurar tratamiento médico de emergencia a costo del participante, (3) El Centro de Kroc del Ejército de Salvación se reserva el derecho de retirar de las instalaciones o la terminación de su membresía a cualquier miembro que no cumpla con las reglas y regulaciones publicadas o viole los términos de este Acuerdo, en cuyo caso el miembro no tendrá derecho a un reembolso de membresía, (3) la inscripción no es transferible, y (5) conceder permiso para que el Ejército de Salvación haga grabaciones visuales y fotografías de todas las personas agregadas en este formulario para su uso responsable.

CONSENTIMIENTO PARA TOMAR Y PUBLICAR FOTOGRAFÍAS, VIDEO, AUDIO Y GRABACIONES DE MEDIOS—Por el presente otorgo al Ejército de Salvación, a sus agentes y a quienes son comisionados, licencia ilimitada, derecho, permiso y consentimiento sin restricción e ilimitados para usar y reutilizar, derechos de autor, reproducir, publicar y volver a publicar, para todos y cada uno de los propósitos, comerciales u otros fines publicitarios o públicos, dicho uso de los medios que me represente o de un menor por quien tengo responsabilidad legal. Yo garantizo que no he limitado o restringido el uso de mi nombre o fotografía al uso de cualquier organización o persona.

RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD—Lea esta Renuncia cuidadosamente ya que afecta sus derechos legales en caso de una lesión, contracción de una enfermedad contagiosa, infección y / o daño a la propiedad. Al firmar este documento, usted declara que ha leído, entendido y acepta estar sujeto a los Términos de esta Exención. Entiendo que la entrada y el uso de las instalaciones y equipos en The Salvation Army Kroc Center puede implicar riesgo de lesiones corporales, daños a la propiedad, contracción de una enfermedad contagiosa y / o contracción de una infección viral o bacteriana y acepto asumir cualquier riesgos Entiendo que depende de mí consultar a los médicos y otros profesionales para asegurarme de que yo (o el menor por quien firmo) pueda participar de manera segura en actividades y eventos en el Centro Kroc del Ejército de Salvación. También entiendo y acepto que al firmar este Acuerdo, renuncio a mis derechos (o al menor por el que firmo está renunciando) para hacer cualquier reclamo o presentar una demanda y / o acción contra el Ejército de Salvación/The Salvation Army, sus agentes, empleados y voluntarios, que incluyen, entre otros, el derecho a presentar una demanda contra ellos o demandarlos, por lesiones corporales, daños a la propiedad, contracción de una enfermedad contagiosa y / o contracción de una infección viral o bacteriana de cualquier tipo y / o cualquier otra pérdida que podría sufrir al usar las instalaciones y servicios de The Salvation Army Kroc Center, excepto lo limitado por la ley.

AVISO -A fin de promover un ambiente seguro, el Ejército de Salvación ha colocado cámaras de video en varios lugares a través de las instalaciones. Como parte de nuestro compromiso con la seguridad de los niños y personas vulnerables, el Centro de Kroc del Ejército de Salvación se reserva el derecho de consultar fuentes públicas para determinar si un miembro o invitado de algún miembro representa un riesgo razonable de daño a sus miembros, personal o visitantes.

EXENCIÓN DE TRANSPORTE -Al firmar lo siguiente, doy permiso de que mi hijo/a sea transportado en en vehículo Kroc. Entiendo de que mi hijo/a debe seguir todas las leyes relacionadas al transporte en un vehículo de motor y debe de seguir las direcciones del conductor y/o de los otros adultos.

CONTRATO DE DEVOLUCIÓN DEL EQUIPO (SI ES APLICABLE)—Yo/Nosotros entendemos que cualquier equipo es prestado y DEBE ser devuelto después de la última clase / juego. Yo/Nosotros aceptamos devolver el equipo prestado después de la última clase / juego, si el equipo no es devuelto después de la última clase / juego o está dañado más allá de la reparación, Yo/Nosotros somos responsables financieramente de su reemplazo.

CANCELACIONES DE CLASES Y PROGRAMAS— Se espera el pago total al momento de la inscripción. No se otorgarán reembolsos a menos que el programa sea cancelado por The Salvation Army. El Kroc Center determinará si una clase debe cancelarse por baja inscripción 48 horas antes del inicio de la clase. Si el programa es cancelado por The Salvation Army, se le ofrecerá la opción de recibir un crédito completo o un reembolso. Las solicitudes de cancelación realizadas con menos de cinco días de anticipación a la fecha de inicio no son elegibles para reembolso ni crédito, excepto en casos de emergencias personales (por ejemplo, fallecimiento de un familiar, enfermedad grave, mudanza). No se otorgarán créditos, créditos prorrateado, o reembolsos por días perdidos de campamento o clase debido a enfermedad, asistencia parcial, problemas de conducta o cualquier otra razón. **Los cargos por recogida tardía se aplicarán automáticamente a su cuenta.**

NOMBRE DE PADRE/TUTOR

FECHA

NOMBRE DE ESTUDIANTE

FIRMA DE PADRE/TUTOR



San Francisco Unified School District
Authorization for Release of
Confidential Information

Student's Name: _____ Date of Birth: ____/____/____

School/Dept: _____ Address: _____

Contact Person: _____ Title: _____ Telephone: _____

I authorize the exchange of information described below between the San Francisco Unified School District and the following agency(s) and/or individual(s):

☐ Healthcare provider(s) _____ (name)

☒ Agency(s) The Salvation Army Kroc Center _____ (name)

☐ Parent/ legal guardian (if minor consented to care) _____ (name)

☐ Other _____

This authorization applies to the following information: (check each line that applies)

☒ Educational Data/IEP ☒ Social/Developmental ☒ Psychological

☒ Vision ☒ Speech/Language ☒ Audiological

☒ Medical _____ Other _____

Expiration: This authorization expires (date or event): Student exits Salvation Army

Restrictions: Providers who receive this information may not release it to someone else unless another authorization form is signed.

Your Rights: You may refuse to sign this form. You may cancel it at any time by informing the San Francisco Unified School District in writing. If you cancel your permission to allow the release of information about you/your child, it will go into effect immediately (unless someone already released information). You have a right to receive a copy of this Authorization.

Signature _____ **Date** _____

Indicate relationship to student: ☐ parent ☐ legal guardian: _____



SFUSD SAN FRANCISCO
PUBLIC SCHOOLS

Distrito Escolar Unificado de San Francisco
Autorización para que se comparta la
información confidencial

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
mes día año

Escuela/Departamento: _____ Dirección: _____

Persona con quién comunicarse: _____ Posición: _____ Teléfono: _____

Autorizo al Distrito Escolar Unificado de San Francisco y a la(s) institución(es) siguiente(s) o persona(s) para que intercambien la información que se describe a continuación:

- Nombre del médico _____
- Nombre de la institución _____
- Nombre del padre de familia/encargado (si se autorizó el cuidado del menor de edad) _____
- Otro El Centro de Kroc del Ejército de Salvación _____

Esta autorización se aplica a la información siguiente: (Marque con una "X" al lado de cada línea que aplique a su caso).

☒ Datos educativos/IEP	☒ Desarrollo social	☒ Psicológica
☒ Visión	☒ Habla/lenguaje	☒ Auditiva
☒ Médica	☐ Otro _____	

Expira: esta autorización expira (fecha o evento): Estudiante se va del Centro de Kroc del Ejército de Salvación

Restricciones: los proveedores de servicios que reciben esta información no pueden compartirla con ninguna persona, al menos que se firme otro formulario de autorización por separado.

Sus derechos: como padre de familia/encargado, puede negarse a firmar esta solicitud. Si decide firmarla puede cancelarla en cualquier momento informando por escrito al Distrito Escolar Unificado de San Francisco. Si cancela la autorización para compartir la información acerca de usted/estudiante, ésta se cancelará inmediatamente (a menos que alguien la haya distribuido). Además, tiene derecho de recibir una copia de esta autorización.

Firma _____ Fecha _____

Indique que parentesco tiene con el estudiante: ☐ Padre de familia ☐ encargado legal: _____



DCYF Photography Release Form

Participant Name: _____ **Date of Birth:** _____

You or your child participates in a youth program funded by the San Francisco Department of Children, Youth, and Their Families (DCYF). DCYF staff or contractors may on occasion visit this program to take photographs for public information projects.

The public information projects aim to educate civic leaders and the general public about programs and services available for San Francisco children, youth and families. Example projects include DCYF publications and exhibits, as well as the DCYF website (<http://www.dcyf.org>).

By signing this form, you authorize DCYF staff and contractors to take photographs of program activities that may include images of you or your child and to use these photographs for the public information projects described above.

Your Name: _____

Relationship to Participant: ☐ Parent ☐ Legal Guardian ☐ Participant 18 Years of Age or Older

Signature: _____ **Date:** _____



Maria Su, Psy.D.
Directora ejecutiva



Ciudad y condado
de San Francisco

Formulario de autorización fotográfica de DCYF

Nombre del participante: _____ **Fecha de nac.:** _____

Usted o su hijo participan en un programa para jóvenes patrocinado por el Departamento de Niños, Jóvenes y Familias de San Francisco (San Francisco Department of Children, Youth, and Their Families) (DCYF). El personal y los contratistas de DCYF pueden visitar este programa de vez en cuando para tomar fotografías para proyectos de información pública.

Los proyectos de información pública buscan educar a los líderes cívicos y al público en general sobre los programas y servicios disponibles para los niños, jóvenes y familias de San Francisco. Las publicaciones y exhibiciones de DCYF son ejemplos de estos proyectos, así como el sitio web de DCYF (<http://www.dcyf.org>).

Al firmar este formulario, usted autoriza al personal y a los contratistas de DCYF a tomar fotografías de las actividades del programa, las cuales pueden incluir imágenes de usted o de su hijo, y utilizar estas fotografías para los proyectos de información pública descritos anteriormente.

Su nombre: _____

Relación con el participante: ☐ Padre/madre ☐ Tutor legal ☐ Participante mayor de 18 años

Firma: _____ **Fecha:** _____

Departamento de Niños, Jóvenes y Familias de San Francisco
(Department of Children, Youth and Their Families)

1390 Market Street Suite 900 * San Francisco, CA 94102 * 415-554-8990 * www.dcyf.org

Authorization for Release of Confidential Information

The Salvation Army Ray & Joan Kroc Corps Community Center

Participant Name: _____

Date of Birth: _____

Our agency is supported by a grant from the San Francisco Department of Children, Youth and Their Families (DCYF). As a condition of the funding we receive, we are required to report information about the services we provide and the children, youth, and families that we serve to DCYF. DCYF works in close partnership with the San Francisco Unified School District (SFUSD). The data that we report to DCYF is also shared with SFUSD.

By signing this form, you authorize our agency to share information about your child's participation in our program (or your participation, if you are 18 years of age or older) with authorized staff at DCYF and SFUSD for the purposes described above. The information that we report to DCYF includes:

- Personal information, such as name, date of birth, and address;
- Demographic information, such as race/ethnicity and gender identity;
- Education information, such as school name and grade level;
- Participation in activities and services, such as attendance dates and hours attended; and
- Anonymous and voluntary youth experience surveys.

DCYF and SFUSD will not publicly report any information that we provide in a way that may be used to identify your child (or you, if you are 18 years of age or older).

Restrictions: All information that we provide that is related to an SFUSD student is protected by federal and state laws that govern the use, disclosure, and re-disclosure of student education records. Parties other than DCYF and SFUSD will not have access to any personally identifiable information that we report, except to the extent that the parties have obtained prior written authorization from you or have followed SFUSD policies and procedures to obtain access to such information.

Expiration: This authorization expires on **August 30, 2026**.

Your Rights: You may refuse to sign this form. You may cancel it at any time by informing our agency in writing. If you cancel your permission allowing us to release information to DCYF and SFUSD, it will go into effect immediately, unless the information has already been released. You have a right to receive a copy of this form.

Your Name: _____

Relationship to Participant: ☐ Parent ☐ Legal Guardian ☐ Participant 18 Years of Age or Older

Signature: _____ **Date:** _____

¿Podemos compartir su información con el San Francisco Department of Children, Youth and Their Families (Depto. de Niños, Jóvenes y Familias de San Francisco)?

El Centro de Kroc del Ejército de Salvación

Nombre del participante: _____ Fecha de nacimiento: _____

El San Francisco Department of Children, Youth, and Their Families (Departamento de Niños, Jóvenes y Familias de San Francisco) (DCYF) proporciona fondos a nuestra organización y para los servicios que prestamos. Para cumplir los requisitos de estos fondos, compartimos información sobre los participantes en nuestros servicios con el DCYF. Deseamos pedirle permiso para compartir su información personal con el DCYF.

El DCYF utiliza la información que le proporcionamos para entender las características de los participantes de nuestros programas y para asegurar que los niños, jóvenes y familias más vulnerables de San Francisco tengan acceso a servicios en toda la ciudad. El DCYF también utiliza los datos para supervisar los fondos que nos proporciona y evaluar las actividades y los efectos del programa.

Al firmar este formulario más abajo, usted permite que nuestra organización y cualquier subcontratista que utilicemos compartan información sobre la participación de su hijo o hija en nuestro programa (o su participación, si usted tiene 18 o más años de edad) con el personal autorizado del DCYF. La información que reportamos al DCYF incluye:

- Información personal, como el nombre, la fecha de nacimiento y la dirección;
- Información demográfica, como la raza, etnicidad e identidad de género;
- Información educativa, como el nombre de la escuela y el grado;
- Datos de la participación en las actividades y los servicios, tales como las fechas de participación y la cantidad de horas de participación; y
- Encuestas anónimas y voluntarias sobre la experiencia de los jóvenes.

El DCYF trabaja estrechamente con el Distrito Escolar Unificado de San Francisco (SFUSD). La información que compartimos con el DCYF también se comparte con el SFUSD si está conectada con un estudiante del SFUSD. Las leyes federales y estatales que gobiernan el uso y la divulgación de los registros educacionales de los estudiantes protegen la privacidad de esta información. La información que se comparte jamás se informa públicamente de una manera que pueda utilizarse para identificarlo a usted.

Sus derechos: Usted no tiene obligación de firmar o devolver este formulario. Si eso decide, no compartiremos su información con el DCYF. El optar por no compartir información no afectará la participación de su hijo o hija (ni su participación, si tiene 18 o más años de edad) en nuestro programa. Este formulario se vence el 30 de agosto de 2026, al finalizar el ciclo de provisión de fondos actual del DCYF, pero usted lo puede cancelar en cualquier momento informándonos por escrito. Si usted cancela su permiso, la cancelación entrará en vigor de inmediato, a menos que la información ya se haya compartido. Usted tiene derecho a recibir una copia de este formulario.

Su nombre: _____

Relación con el participante: ☐ Padre/madre ☐ Tutor legal ☐ Participante de 18 o más años de edad

Firma: _____ Fecha: _____



San Francisco Public Library

LIBRARY CARD APPLICATION

PLEASE PRINT

Date of Birth: ____ / ____ / ____
MM DD YYYY

Age category: ☐ 0-12 years ☐ 13-18 ☐ 19-64 ☐ 65 and older

Name (Please include your current / chosen name):

Last: _____ First: _____ Middle Initial: _____

Legal Name (Please include your name as it appears on your official documents, if different):

Last: _____ First: _____ Middle Initial: _____

Address 1:

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Address 2:

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Email (Library notices are sent by email):

Telephone: _____ Driver's License / Photo ID: _____

PIN: _____ (Choose a minimum of 4 characters)

Racial Identity:

☐ Asian ☐ African American/Black ☐ Filipinx/a/o ☐ Latinx/a/o/Hispanic ☐ Multiracial
☐ Native American/Alaska Native ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ White ☐ Other

Language Preference:

☐ English ☐ Chinese ☐ Spanish ☐ Russian ☐ Vietnamese ☐ Tagalog ☐ Japanese ☐ Other _____

I agree to abide by library rules regarding behavior, public computer use and borrowing materials. I agree to pay any charges for library materials accumulated on this card. I understand I am responsible for notifying the Library in case of loss or theft of this card. Failure to do so will result in my being held liable for materials on this card and for charges incurred on this card. I also agree to inform the Library of any changes to the above information or change in the status of parent/guardian.

Share with your child the importance of having a library card and the responsibility that goes along with it. The Library has an open access policy to all materials and information sources, which means that the Library does not restrict access to any item in the collection or limit access to the Internet. It is a parent or guardian's right and responsibility to guide their own children, ensuring that they use the Library according to individual family values.

Signature: _____

Signature of Parent/Guardian: _____ Print Name: _____
(If applicant is 12 years of age or younger)

PLEASE DO NOT WRITE BELOW THIS LINE.

Type: JV YA AD SR ST BU RC VC

Agency: _____ Initials: _____

Barcode: 21223



Biblioteca Pública de San Francisco

SOLICITUD DE TARJETA BIBLIOTECARIA

POR FAVOR ESCRIBA EN MAYÚSCULAS (LETRA DE MOLDE)

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
MM DD YYYY

Edad: ☐ 0-12 años ☐ 13-18 ☐ 18-64 ☐ 65 o más

Nombre (Por favor incluye tu nombre actual/elegido):

Apellido:

Nombre:

Inicial 2º nombre:

Nombre legal (Por favor incluye tu nombre como aparece en tus documentos oficiales, si es diferente):

Apellido:

Nombre:

Inicial 2º nombre:

Dirección 1:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Dirección 2:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Correo electrónico (Los avisos bibliotecarios son enviados por correo-e):

Teléfono:

Licencia de conducir / identificación con foto:

Clave: _____ (Escoge un mínimo de 4 caracteres)

Identidad racial:

☐ Asiático ☐ Afroamericano/Negro ☐ Filipinx/a/o ☐ Latinx/a/o/Hispano ☐ Multirracial
☐ Indígena americano/nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawái/Islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Otra raza

Preferencia lingüística:

☐ Inglés ☐ Chino ☐ Español ☐ Ruso ☐ Vietnamita ☐ Tagalo ☐ Japonés ☐ Otro _____

Acepto cumplir con las normas de la biblioteca sobre comportamiento, uso de computadoras públicas y préstamo de material. Acepto pagar cualquier cargo acumulado por material bibliotecario en esta tarjeta. Entiendo que es mi responsabilidad avisarle a la Biblioteca en caso de pérdida o robo de esta tarjeta. No hacerlo me hará responsable por material en esta tarjeta y por cargos incurridos en la misma. También acepto informarle a la Biblioteca de cualquier cambio en la información arriba indicada o en el estatus de padre/protector.

Comparte con tu hijo/a la importancia de tener una tarjeta bibliotecaria y las responsabilidades que ésta acarrea. La Biblioteca tiene una política de acceso abierto a todo material y fuente de información, lo cual quiere decir que la Biblioteca no restringe el acceso a ningún artículo en su colección o limita el acceso a Internet. Es el derecho y la responsabilidad del padre o protector de guiar a sus propios hijos, asegurándose que ellos usen la Biblioteca de acuerdo a sus propios valores familiares.

Firma: _____

Firma del padre/protector: _____ Nombre en letra de molde: _____
(Si el solicitante tiene 12 años o menos)

POR FAVOR NO ESCRIBAS DEBAJO DE ESTA LÍNEA

Type: JV YA AD SR ST BU RC VC

Agency: _____ Initials: _____

Barcode: 21223