



COMMUNITY YOUTH CENTER OF SAN FRANCISCO (CYC)

FORMA DE REGISTRACION

Staff Use Only

Received By: _____

Registration Paid: \$100 Date Rec: _____

Program Fee Paid: \$500 Date Rec: _____

CMS/EMS Entry Date: _____

SOLICITANTE / INFORMACIÓN DE SU MENOR

Primer Nombre:		Apellido:		Fecha de Nacimiento:	
Dirección:			Ciudad y Estado:		Código Postal:
Grado en el nuevo año escolar (otoño 2019):		Escuela cual asiste:			
Teléfono de casa:		Numero de celular de su hijo/a:		Correo electrónico de su hijo/a:	

CONTACTO DE EMERGENCIA Y AUTORIZADA A RECOGER EL ALUMNO

(1) Primer Nombre de Padre/Madre/Guardián:		Apellido:		Parentesco al Menor:	
Teléfono de casa:		Teléfono de casa:		Teléfono celular:	
Teléfono de casa:		Teléfono de trabajo:		Teléfono celular:	
Teléfono de casa:		Teléfono de casa:		Teléfono celular:	
Teléfono de casa:		Teléfono de casa:		Teléfono celular:	
Teléfono de casa:		Teléfono de casa:		Teléfono celular:	

ARREGLOS PARA EL FIN DEL DÍA

Los niños deben ser recogidos a las 6:30 pm. Si llega tarde \$2 por minuto, se le cobrará después de las 6:30 pm. Marque todas las opciones que apliquen:

- Mi hijo/a camina o tome el autobús a casa. Doy permiso para que mi hijo/a firme por sí mismo al salir.
- Mi hijo/a es recogido/a cada día y doy permiso para que mi hijo/a firme por sí mismo al salir.
- Mi hijo/a es recogido/a cada día Y SOLO UN PADRE/TUTOR puede firmar al salir.

Escriba los nombres de los adultos **no autorizados** para recogerlos a continuación. Por favor adjunte la documentación pertinente.

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

RAZA/ETNICIDAD <input type="checkbox"/> afroamericano <input type="checkbox"/> otra Afro-descendencia: _____ <input type="checkbox"/> asiático – chino <input type="checkbox"/> asiático – filipino <input type="checkbox"/> asiático – indio <input type="checkbox"/> asiático – japonés <input type="checkbox"/> asiático – coreano <input type="checkbox"/> asiático – laosiano <input type="checkbox"/> asiático – tailandés <input type="checkbox"/> asiático – vietnamita <input type="checkbox"/> asiático – otro: _____ <input type="checkbox"/> hispano/latino – mexicano/mexicano-americano <input type="checkbox"/> hispano/latino – centroamericana <input type="checkbox"/> hispano/latino – sudamericano		<input type="checkbox"/> hispano/latino – caribeño <input type="checkbox"/> hispano/latino – otro: _____ <input type="checkbox"/> Medio Oriente – árabe <input type="checkbox"/> Medio Oriente – iraní <input type="checkbox"/> Medio Oriente – otro: _____ <input type="checkbox"/> nativo/indio americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Isleño pacífico – guamaniano <input type="checkbox"/> Isleño pacífico – hawaiano <input type="checkbox"/> Isleño pacífico – samoano <input type="checkbox"/> Isleño pacífico – tongano <input type="checkbox"/> Isleño pacífico – otro: _____ <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> multirracial / multiétnico <input type="checkbox"/> otro: _____ <input type="checkbox"/> negó divulgar		FLUIDEZ CON EL INGLÉS <input type="checkbox"/> Fluente <input type="checkbox"/> Algo Fluente <input type="checkbox"/> Nada Fluente <input type="checkbox"/> Desconocido / No especificado		GÉNERO/SEXO <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero	
		LENGUA PRIMARIA <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> samoano <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Toishanese <input type="checkbox"/> Jemer / camboyano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Lenguaje de Signos Americanos <input type="checkbox"/> Otro: _____		ACOMODACIONES ESPECIALES <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/ No especificado			
				ESTATUS DE VIVIENDA <input type="checkbox"/> Permanente/Vivienda Estable <input type="checkbox"/> Sin Hogar - Transicional/ Vivienda de Apoyo <input type="checkbox"/> Sin Hogar -Refugio/ Vivienda De emergencia <input type="checkbox"/> Sin Hogar - Motel/Hotel <input type="checkbox"/> Sin Hogar – Hospedándose con Amigos/Familia/Múltiples Familias <input type="checkbox"/> Sin Hogar – Sin Alojjo			

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Al firmar este formulario, autorizo al personal del programa después de clases de CYC y ExCEL a proporcionar y / u obtener tratamiento médico de emergencia que pueda ser necesario para mi hijo(a) durante el Programa después de clases.

Compañía de seguro de salud:	Número de Grupo/Póliza:	Nombre del médico:	Teléfono del médico:
------------------------------	-------------------------	--------------------	----------------------

Favor de proveer una lista de condiciones médicas (i.e. asma, condición de corazón, alergias, convulsiones, diabetes, etc.):

Indique el nombre, la dosis y el propósito de los medicamentos que actualmente toma el menor:

COMMUNITY YOUTH CENTER OF SAN FRANCISCO (CYC)
INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA Y INSCRIPCIÓN

REQUISITOS DE ASISTENCIA Y PÓLIZA DE LIBERACIÓN TEMPRANA

El programa para después de la escuela del CYC Aptos Beacon Centro está diseñado en colaboración con la escuela y sigue guías del SFUSD. El programa está abierto inmediatamente después de la escuela y diariamente ofrecemos desarrollo de espíritu en equipo, asistencia académica / tareas, artes y recreación, clases de enriquecimiento y muchas oportunidades de aprendizaje basadas en proyectos para los estudiantes. Además, CYC colabora con otras organizaciones comunitarias y proveedores de servicios que brindarán programas y servicios durante nuestro programa después de la escuela. Tenga en cuenta que pueden requerir requisitos de registro adicionales.

Cada escuela que recibe fondos para programas de después de la escuela debe:

1. Operar un programa después de la escuela por lo menos 3 horas por día y por lo menos 15 horas por semana y hasta las 6 pm (CYC Beacon está abierto hasta las 6:30.)
2. Proporcionar actividades académicas, de enriquecimiento, recreación y físicas.
3. Proporcionar una merienda nutritiva.
4. Operar con una proporción de alumnos por personal que no exceda de veinte a uno (20: 1).

Por requisitos de la beca, se espera que los estudiantes inscritos en las escuelas primarias y secundarias asistan al programa todos los días hasta las 6 pm. En ocasiones cuando se necesita salir del programa antes de tiempo es OBLIGATORIO que el personal le de un código para usar en la hoja de salir de ExCEL.

Todos los jóvenes son bienvenidos a inscribirse en nuestro programa, pero prioridad se otorgará según lo siguiente:

- Jóvenes adoptivos o sin hogar; jóvenes que son elegible para el almuerzo gratis / reducido.
- Necesidad académica: identificada por el personal de la escuela o Beacon, calificaciones o evaluaciones basados por un/a maestro/a.
- Apoyo social / emocional: identificado por el personal de la escuela, los maestros, el equipo de SAP o un/a trabajador/a social que declare que el/la estudiante se beneficiará en el programa.
- Alumnos que asisten al programa todos los días hasta las 6pm.

TARIFAS DEL PROGRAMA

Programas basados en tarifas: todos los programas ExCEL después de la escuela en las escuelas primarias y secundarias son programas basados en tarifas. La agencia líder del programa Después de la Escuela ExCEL puede exigir un tarifa anual no reembolsable de inscripción o tarifa de solicitud de \$ 25 a \$ 350. El SFUSD tiene una estructura de tarifas de copago a nivel distrital para TODOS los programas Excel de después de la escuela en las primaria / K-8 y intermedias.

- No se cobra una tarifa si la familia no tiene hogar y también para los jóvenes en foster care (cuidado temporal).
- No se cobra una tarifa si la familia es elegible para el almuerzo gratis o reducido excepto por los copagos requeridos por los programas de subsidios de matrícula locales, estatales o federales. Las familias deben completar la solicitud de comida de SFUSD anualmente para calificar para la exención de tarifa. Si es elegible para un almuerzo reducido o gratuito, proporcione una copia de su documento de almuerzo reducido o gratuito del SFUSD con el formulario de registración. Para solicitar o imprimir una copia de verificación, puede visitar: <https://schoolmealapp.sfusd.edu/Register.aspx>
- Una familia que no es elegible para el almuerzo gratuito/reducido pagará una tarifa de pago proporcional a los ingresos de \$ 50 a \$ 500 por mes.

REGISTRO DE CYC Y ESTRUCTURA DE TARIFAS ANUAL DE CO-PAGO PARA 2019-2020:

Pago de Registro: \$100.00 (No es reembolsable y debido con el formulario de inscripción.)

**Pago Anual: \$500.00 (No es reembolsable y debido dentro de 2 semanas después de la notificación de que su hijo/a sea aceptado en el programa.)
Falta de pago o pago tarde resultará en la revocación de admisión en el programa. Por favor, póngase en contacto con el personal si necesita hacer otros arreglos de pago.**

Por favor haga todos los pagos a Community Youth Center of SF antes de la fecha de vencimiento. Un cobro de \$25 se cobrará a todos los cheques que rebotan. Los solicitantes serán notificadas de la aceptación del programa antes del 31 de mayo de 2019 o dentro de las 2 semanas posteriores a la fecha de la solicitud.

Hay espacios limitados para las familias que necesiten ayuda financiera que tengan uno de los siguientes requisitos.

Por favor, marque y compruebe si califica:

- El pago anual del programa se exencionará si la familia es elegible para el almuerzo gratis o reducido. Si es elegible para un almuerzo reducido o gratuito, proporcione una copia de su documento de almuerzo reducido o gratuito del SFUSD con el formulario de registración. Para solicitar o imprimir una copia de verificación, puede visitar: <https://schoolmealapp.sfusd.edu/Register.aspx>
- El pago anual del programa se exencionará si la familia no tiene hogar o para los jóvenes en foster care (cuidado temporal).

AYUDA FINANCIERA

Para asegurar que nuestros programas sean accesibles para todas las familias, la asistencia financiera está disponible para las familias que califican. Para aplicar, contacte nuestra oficina para el formulario de ayuda financiera y sujete los documentos requeridos (por ejemplo: Formulario 1040 del IRS, talones de pago, o otros documentos que muestren verificación).

PERMISO PARA ACCEDER AL PLAN 504 O AL PLAN DE EDUCACIÓN INDIVIDUAL (IEP)

Autorizo el intercambio de información para mi hijo/a que se describe a continuación entre el Distrito Escolar Unificado de San Francisco (SFUSD) y la siguiente agencia y / o persona (s):

Agencia Community Youth Center of San Francisco (CYC)

Esta autorización se aplica a la siguiente información: (marque lo que aplique)

Plan de la Sección 504

Plan de Educación Individual (IEP)

Vencimiento: Esta autorización vence al finalizar el año escolar 2019-2020.

Restricciones: Los proveedores que reciben esta información no pueden divulgarla a otra persona a menos que se firme otro formulario de autorización.

Sus derechos: Puede negarse a firmar este formulario. Puede cancelarla en cualquier momento informando por escrito al Distrito Escolar Unificado de San Francisco. Si cancela su permiso para permitir la divulgación de información sobre usted / su hijo, entrará en vigencia de inmediato (a menos que alguien ya haya divulgado información). Tiene derecho a recibir una copia de esta Autorización.

PERMISO DEL SFUSD PARA EVALUAR PROGRAMAS Y SEGUIR EL PROGRESO DEL ESTUDIANTE

Durante la asistencia de su hijo al programa después de la escuela, él / ella puede beneficiarse del apoyo alineado durante el día escolar y el programa después de la escuela. Para servir mejor a su hijo/a, por favor marque a continuación:

- Doy permiso para que el personal del programa de después de la escuela revise los datos escolares de mi hijo/a (calificaciones de exámenes, boletas de calificaciones y otros índices de desempeño), con el fin de proporcionar instrucción académica específica y evaluar la efectividad académica del programa extracurricular. También doy permiso para que el personal supervise el progreso de mi hijo/a y solicite a mi hijo/a que complete encuestas de evaluación con el fin de determinar la efectividad del programa.

LEY DE ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES (ADA)

En cumplimiento de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés), nuestro programa después de la escuela es accesible para los estudiantes con discapacidades al proporcionar adaptaciones razonables (por ejemplo, derechos federales, estatales y locales para discapacidades, como la Sección 504). La inscripción en el programa puede incluir una consulta si el estudiante necesita apoyos adicionales, pero no puede usar esa información para influir en la inscripción. Si un estudiante tiene un plan 504 o un plan IEP, nuestro programa puede solicitar acceso a esa información para identificar qué ajustes razonables se pueden hacer para apoyar el acceso al programa.

PÓLIZA DE RESPUESTA PROGRESIVA DE CYC

CYC cree que la seguridad emocional y física es realmente importante y nos esforzamos por crear un lugar seguro y de apoyo para los niños, los jóvenes y sus familias. Estamos obligados a documentar las lesiones, referencias y situaciones de crisis. Para garantizar una comunidad segura y de apoyo, todos los gerentes de programas, directores y coordinadores están capacitados en prácticas restaurativas, pautas y procedimientos y los utilizan para manejar los comportamientos.

Los padres / tutores reciben un manual para padres con pólizas y protocolos de la agencia durante la orientación y se les da la oportunidad de hacer comentarios y preguntas. Proceso y esquema de respuesta progresiva de CYC:

1. Los problemas y comportamientos se comunican con los padres / tutores a menudo o según sea necesario. Las referencias al equipo de cuidado escolar se harán si es necesario para obtener más apoyo.
2. Se utilizarán círculos restaurativos y se revisarán y redactarán los acuerdos de comportamiento para obtener más apoyo. Se le pedirá a los padres / tutores que estén presentes en todas las reuniones para asegurar una comunicación clara de los acuerdos.
3. Si se rompen los acuerdos, o si el estudiante se está lastimando físicamente a sí mismo o a otros, se pueden hacer discusiones para la suspensión.

Es a discreción del Director, el gerente de programas, o el Coordinador del Sitio a redirigir al joven y la familia a los servicios que pueden brindar más apoyo luego de varios intentos fallidos de acomodar al joven sin socavar la calidad del programa.

Al firmar a continuación, reconozco que he revisado, entiendo y acepto las pólizas e información del programa.

Firma de Participante: _____ IMPRIMA Nombre: _____ Fecha: _____

SI MENOR DE 18,

Firma de Padre/Guardián: _____ IMPRIMA Nombre: _____ Fecha: _____



COMMUNITY YOUTH CENTER OF SAN FRANCISCO (CYC)

AUTORIZACION PARA LA LIBERACION DE INFORMACION CONFIDENCIAL

Nuestra agencia cuenta con el respaldo de subvenciones del Departamento de Niños, Jóvenes y sus Familias de San Francisco (DCYF), SFUSD y otros financiadores de CYC. Como condición de los fondos que recibimos, estamos obligados a informar sobre los servicios que brindamos y los niños, jóvenes y familias que servimos a DCYF y otros financiadores de CYC. DCYF trabaja en estrecha colaboración con el Distrito Escolar Unificado de San Francisco (SFUSD) y CYC. Los datos que informamos a DCYF también se comparten con el SFUSD y otros financiadores de CYC.

Al firmar este formulario, usted autoriza a nuestra agencia a compartir información sobre la participación de su hijo en nuestro programa (o su participación, si tiene 18 años de edad o más) con el personal autorizado de DCYF, SFUSD, CYC y sus patrocinadores para los fines descrito arriba. La información que informamos a nuestros patrocinadores puede incluir:

- Información personal, como nombre, fecha de nacimiento y dirección;
- Información demográfica, como raza / etnia e identidad de género;
- Información educativa, como el nombre de la escuela y el nivel de grado;
- Participación en actividades y servicios, como fechas de asistencia y horas asistidas; y
- Encuestas de experiencia juvenil anónima y voluntaria.

Los financiadores de DCYF, SFUSD y CYC no divulgarán públicamente ninguna información que proporcionemos de manera que pueda usarse para identificar a su hijo (o usted, si tiene 18 años de edad o más).

Restricciones: Toda la información que proporcionamos relacionada con un alumno del SFUSD está protegida por leyes federales y estatales que rigen el uso, la divulgación y la nueva divulgación de los registros de educación del alumno. Las partes que no sean DCYF y SFUSD no tendrán acceso a ninguna información de identificación personal que informemos, excepto en la medida en que las partes hayan obtenido su autorización previa por escrito o hayan seguido las políticas y procedimientos del SFUSD para obtener acceso a dicha información.

Sus derechos: puede negarse a firmar este formulario. Puede cancelarlo en cualquier momento informándole a nuestra agencia por escrito. Si cancela su permiso y nos permite divulgar información a los financiadores de DCYF, SFUSD y CYC, entrará en vigencia inmediatamente, a menos que la información ya haya sido divulgada. Usted tiene derecho a recibir una copia de este formulario.

COMUNICADO DE FOTOGRAFIAS E MEDIOS

Usted o su hijo participan en un programa financiado por el Departamento de Niños, Jóvenes y sus Familias de San Francisco (DCYF), SFUSD y otros financiadores de CYC. En ocasiones, el personal o los contratistas de DCYF y CYC pueden visitar este programa para tomar fotografías o videos para proyectos de información pública y promociones de programas.

Los proyectos de información pública y las promociones de programas tienen como objetivo 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, así como mostrar el trabajo de CYC. Los proyectos de ejemplo incluyen publicaciones y exposiciones DCYF, boletines informativos de CYC, así como los sitios web DCYF y CYC (<http://www.dcyf.org> y <http://www.cycsf.org>).

Al firmar este formulario, usted autoriza al personal o contratistas de DCYF y CYC a tomar fotografías o videos de actividades del programa que pueden incluir imágenes de usted o su hijo y usar estas fotografías o video clips para los proyectos de información pública y promociones del programa descritos anteriormente.

Al firmar este formulario, usted autoriza y autoriza tanto la Autorización para la divulgación de información confidencial como la Fotografía y el Comunicado de prensa como se describe anteriormente.

Firma de Participante: _____ IMPRIMA Nombre: _____ Fecha: _____

SI MENOR DE 18,
Firma de Padre/Guardián: _____ IMPRIMA Nombre: _____ Fecha: _____



Motivating Youth to Succeed
啟導青年 邁步向前

**COMMUNITY YOUTH CENTER OF SAN FRANCISCO (CYC)
AUTORIZACION DE DIVULGACION DE INFORMACION CONFIDENCIAL**

En consideración por participar en un programa y actividades de Community Youth Center of San Francisco (CYC) cada persona que firme abajo está de acuerdo con las siguientes estipulaciones:

1. ASUNCION DE RIESGO

Yo presento que estoy físicamente bien y tengo autorización médica para participar en programas de CYC y actividades relacionadas. He buscado y recibido una examinación medica que ha determinado que puedo participar seguramente. Notificare inmediatamente en escrito a CYC si ocurre un cambio en mi salud que llama en cuenta mi habilidad para participar.

YO ESCOJO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE VOLUNTARILY ASUMIR CUALQUIER PELIGRO e RIESGO, incluyendo el riesgo de lesión o muerte asociado con o como resultado de mi participación.

2. RIESGO DE RESPONSABILIDAD

Estoy de acuerdo, para mí y mis herederos, liberar y liberar completamente a CYC, sus oficiales, directores, agentes y empleados de todas y cada una de las responsabilidades, reclamos, demandas, acciones y causas de acción, ya sean conocidas o desconocidas basadas en cualquier lesiones, costos, pérdida de servicios, gastos, acciones y causas de acción, ya sean conocidas o desconocidas basadas en lesiones, costos, pérdida de servicios, gastos y cualquier reclamación de daños, ya sea causada por su NEGLIGENCIA o por cualquier otra razón , por causa o en cualquier forma como resultado de lesiones personales, sufrimiento consciente, muerte o daño a la propiedad de mí o de cualquier otra persona o propiedad, de cualquier manera relacionada con mi preparación, práctica o participación en las actividades . Acepto que este Acuerdo de Exención de Responsabilidad y Exención incluirá mi participación en todas y cada una de las actividades deportivas patrocinadas por los comunicados, que incluyen, entre otras, sesiones de práctica, sesiones de instrucción, actividades dirigidas por un entrenador o un representante del equipo y / o actividades de promoción.

3. PACTO A NO DEMANDAR

Acepto, para mí y todos mis herederos, no demandar a los Exonerados, no iniciar para ayudar al enjuiciamiento de ningún reclamo por daños o caso de acción que yo o mis herederos puedan tener a causa de daños personales o muerte por participación o destrucción a propiedad del participante que surja de las actividades de los comunicados

4. ACUERDO DE INDEMNIZACIÓN

Acepto, para mí y mis herederos, indemnizar y eximir de responsabilidad a los comunicados de cualquier pérdida, reclamo, acción, causa de acción o procedimiento de cualquier tipo que pueda iniciar yo o cualquier otra persona, entidad u organización, incluyendo demandas, juicios, costos, pérdida de servicios, gastos o reembolso de honorarios de abogados incurridos por el participante o por los Exonerados de las actividades contempladas en este acuerdo. Doy permiso a los Exonerados para obtener en mi nombre cualquier tratamiento médico de emergencia. En caso de enfermedad, accidente o lesión, los Exonerados tienen mi permiso expreso para asegurar, a mi cargo, el tratamiento médico que se considere necesario a exclusivo criterio de los Exonerados.

5. CONTINUACIÓN DE OBLIGACIONES

Acepto, para mí y mis herederos, que las disposiciones anteriores, incluyendo ASUNCIÓN DE RIESGO, LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD, PACTO DE NO DEMANDA Y ACUERDO DE INDEMNIZACIÓN continuarán en pleno vigor y efecto ahora y en el futuro cuando el participante esté involucrado en las actividades. En caso de cualquier disputa o controversia que surja con respecto a este Acuerdo de Liberación y Responsabilidad, su interpretación, aplicación y / o extinción, dicha disputa o controversia será resuelta mediante procedimientos de arbitraje vinculantes conducidos por la Asociación Americana de Arbitraje ("AAA") en San Francisco, California, de conformidad con el arbitraje comercial AAA y las normas en vigor.

6. CYC COMUNICADO DE MEDIOS

CYC puede, de vez en cuando, capturar fotografías y videos de nuestros participantes en todas las actividades CYC del patrocinador relacionadas en acción. Por lo tanto, solicitamos que acepte los términos de nuestro comunicado de prensa. Por lo presente otorgo al Community Youth Center de San Francisco el derecho irrestricto y el permiso de derechos de autor y uso, reutilización, publicación y re publicación de retratos fotográficos, imágenes, videos o grabaciones de audio de mí o en las que pueda incluirse intacta o en parte, compuesto o distorsionado en carácter o forma, sin restricción en cuanto a cambios o transformaciones en conjunto con mi propio nombre o uno ficticio, o reproducción en color o no, hecho a través de todos los medios ahora o más adelante conocidos para ilustración, arte, promoción, publicidad, comercio o cualquier otro propósito, así como cualquier publicación de los mismos.

POR LO PRESENTE, RECONOZCO QUE HE LEÍDO COMPLETAMENTE CADA UNA DE LAS DISPOSICIONES ANTERIORES Y ENTIENDO Y ACEPTO COMPLETAMENTE CADA DISPOSICIÓN. HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE HABLAR CON EL CONSEJERO DE MI ELECCIÓN. HE LEÍDO Y ENTIENDO Y ACEPTO COMPLETAMENTE CADA UNA DE LAS DISPOSICIONES DE ESTE ACUERDO. POR LA PRESENTE RENUNCIO EXPRESAMENTE A LAS CLÁUSULAS DE LA SECCIÓN 1542 DEL CÓDIGO CIVIL DE CALIFORNIA, QUE PROPORCIONA LO SIGUIENTE: CIERTAS RECLAMACIONES NO AFECTADAS POR UNA LIBERACIÓN GENERAL. UNA PUBLICACIÓN GENERAL NO SE EXTIENDE A RECLAMACIONES QUE EL ACREEDOR NO SABE O SOSPECHA QUE EXISTIRAN A SU FAVOR EN EL MOMENTO DE EJECUTAR LA LIBERACIÓN, LAS CUALES SI LO CONOCE, DEBEN HABER AFECTADO MATERIALMENTE SU ARREGLO CON EL DEUDOR

AQUÍ ENTIENDO Y ACEPTO que todos los derechos bajo la Sección 1542 del Código Civil de California son expresamente renunciados y que este Comunicado libera todas las lesiones, daños o pérdidas a la persona y propiedad, real o personal, ya sea conocida o desconocida, previsible, imprevisible, patente o latente, que él / ella puede tener contra otra parte o partes de este documento. Por la presente declaro que soy mayor de 18 años, a menos que mi tutor haya firmado a continuación

Firme del participante: _____ IMPRIMA Nombre: _____ Fecha: _____

SI MENOR DE 18,

Firma de Padre/Guardián: _____ IMPRIMA Nombre: _____ Fecha: _____