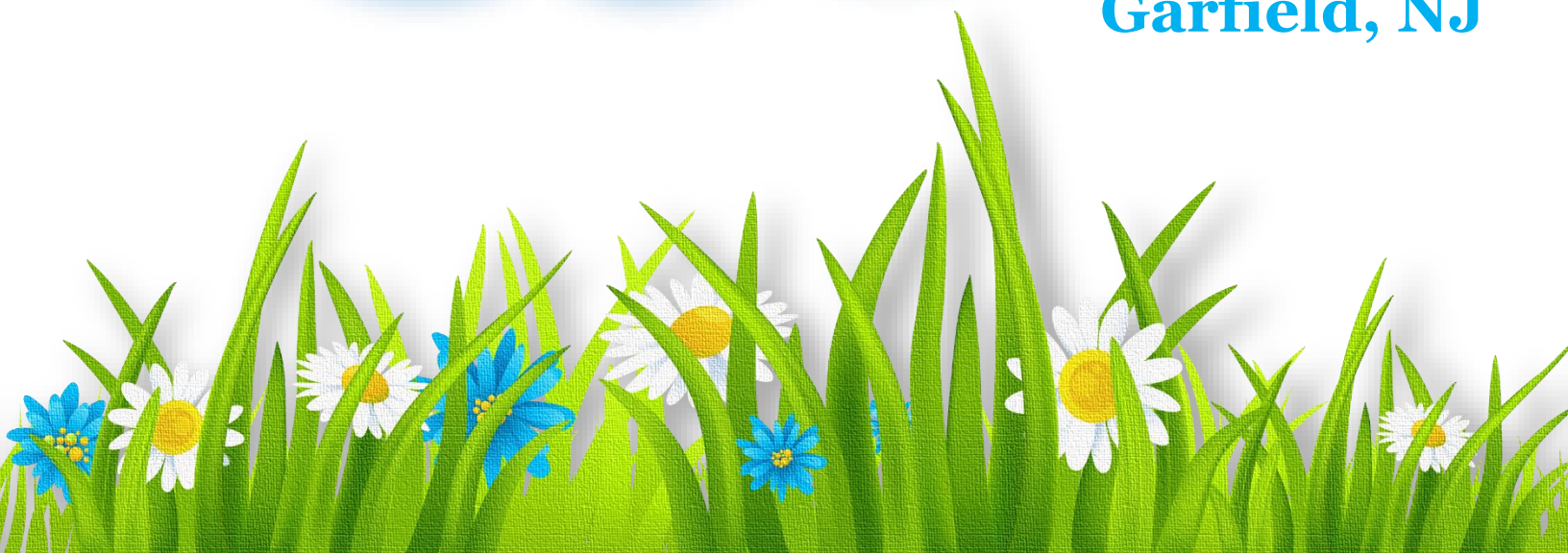




**The Arc**  
of Bergen & Passaic

**CAMP**  
**RAINBOW** '26

**Garfield, NJ**



The Arc of Bergen and Passaic Counties | 223 Moore Street Hackensack, NJ 07601

p: (201) 343-0322 | f: (201) 343-0401 | e: [rainbow@arcbp.com](mailto:rainbow@arcbp.com) | web: [arcbp.com/programs/camp\\_rainbow](http://arcbp.com/programs/camp_rainbow)



## CONTENIDO DE LA APLICACIÓN DE CAMP RAINBOW

### Información de Camp Rainbow

1. Información del programa
2. Elegibilidad del programa e información del personal
3. Nueva información del campista
4. Información de transporte
5. Información sobre la matrícula
6. Nota de asistencia
7. Guía de financiamiento de la matrícula para jóvenes (menores de 21 años)
8. Guía de financiamiento de la matrícula para adultos (21+)

### Aplicación de Camp Rainbow

1. Instrucciones de la aplicación
2. Formulario de aplicación del campista
3. Formulario de selección de semanas de campamento
4. Instrucciones para el Año Escolar Extendido (AEE)
5. Formulario del Año Escolar Extendido (AEE)
6. Formulario de solicitud de beca (asistencia para matrícula)
7. Formulario de autorización
8. Formulario de Evaluación de necesidades
9. Formulario de instrucciones de Salud y Médico
10. Formulario de historial médico
11. Formulario de autorización para consentir el tratamiento de emergencia
12. Formulario de Examen Médico
13. Formulario de prescripción médica





## INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

### La experiencia Rainbow

Camp Rainbow es un campamento de verano de 6 semanas educativo y lleno de diversión diseñado para niños y adultos con discapacidades intelectuales y del desarrollo. La experiencia Rainbow pone énfasis en las actividades de la vida diaria, las habilidades sociales y las habilidades de comunicación, a la misma vez fomenta la confianza, autoestima e independencia de los campistas.

Cada semana Camp Rainbow tiene un tema único, que se refleja en las actividades diarias del campamento, así como en los eventos especiales del campamento. Las actividades diarias del campamento incluyen arte, gimnasio, música y más, todas las cuales están adaptadas para personas con IDD. Los eventos especiales del campamento, las excursiones comunitarias y la natación en Lake Darlington también están integrados en el horario del campamento, lo que hace que cada día en el campamento sea una nueva aventura.

### Campamento

El campamento actual de Rainbow cuenta con un gran espacio al aire libre y un espacio interior recientemente renovado con aire acondicionado. Desafortunadamente, el campamento no es completamente accesible, por lo que los campistas deben ser ambulatorios. The Arc está trabajando para desarrollar un sitio sin obstáculos y totalmente inclusivo que pueda acomodar a las personas con problemas de movilidad en el futuro.

### Horario

Lunes – viernes | 9:00 am – 3:00 pm + tiempo de transporte

### Camp Rainbow 2025

<b><u>Semana 1</u></b> Julio 6 – Julio 10	<b><u>Semana 2</u></b> Julio 13 – Julio 17	<b><u>Semana 3</u></b> Julio 20 – Julio 24
<b><u>Semana 4</u></b> Julio 27 – Julio 31	<b><u>Semana 5</u></b> Agosto 3 – Agosto 7	<b><u>Semana 6</u></b> Agosto 10 – Agosto 14

**Almuerzo:** Los campistas deben traer un almuerzo frío con su nombre y apellido escritos claramente en la bolsa. Los almuerzos se refrigerarán en el campamento, pero recomendamos colocar una compresa fría dentro de la bolsa del almuerzo, ya que los campistas ocasionalmente almorzarán en el lago. Por favor tenga en cuenta los alérgenos anafilácticos, como las nueces, que podrían afectar a otros campistas

**Natación:** Los campistas deben usar o traer un traje de baño, toalla, zapatos para el agua y / o cualquier artículo que normalmente usarían al nadar, como flotadores, chaleco salvavidas, etc. Por favor etiquete cada artículo con el nombre y apellido del campista



Shayna Eddy, Director of Recreation Services | p: (201) 343-0322 x2270 | e: seddy@arcbp.com  
Camp Rainbow | e: rainbow@arcbp.com | [www.arcbp.com/programs/camp\\_rainbow](http://www.arcbp.com/programs/camp_rainbow)



## ELIGIBILIDAD DEL PROGRAMA E INFORMACIÓN DEL PERSONAL

### Elegibilidad del programa

Camp Rainbow está diseñado para niños y adultos con discapacidades intelectuales y del desarrollo. Debido a las limitaciones temporales presentadas por nuestro campamento actual y la proporción de personal, no podemos acomodar a personas que

- requiere ayuda 1:1
- no son ambulatorios
- tiene problemas de comportamiento moderados o graves
- usan pañales

### Personal del Campamento

- Directora del campamento
- Subdirector del campamento
- Coordinadora del programa
- Entrenador de salud
- Maestros y para profesionales certificados en educación especial
- Especialistas de actividades
- Conductores de autobuses con CDL
- Consejeros de campamento

Camp Rainbow proporciona personal 1:3 para el campista

Todo el personal recibe verificación de antecedentes y capacitación especializada de la agencia

### Políticas de reporte

El personal del Arc of Bergen y Passaic es responsable de denunciar sospechas de abuso y negligencia contra un niño menor de dieciocho (18) años de edad a la Division of Child Protection and Permanency (DCP&P); un adulto vulnerable de dieciocho (18) años de edad o más al Adult Protective Services (APS); informar de cada accidente, incidente o suceso inusual relacionado que involucre al personal, los jóvenes y/o las familias a CSOC y al Universal Incident Management Reporting System; y reportar cada accidente, incidente o suceso inusual relacionado que involucre al personal, adultos y/o familias a DDD y al Universal Incident Management Reporting System.





## NUEVA INFORMACIÓN DEL CAMPISTA

### Entrevista al nuevo campista

¡Bienvenidos! Los nuevos aplicantes, así como los campistas retornando a Camp Rainbow después de 2 años deben completar una entrevista en persona.

Esta entrevista obligatoria nos permite evaluar a fondo las necesidades individuales de cada aplicante para garantizar que sus necesidades puedan satisfacerse en el campamento. También es una oportunidad para que los nuevos aplicantes y sus familias/cuidadores hagan cualquier pregunta que puedan tener y nos proporcionen cualquier información que consideren que ayudará a facilitar una experiencia de campamento exitosa para el aplicante.

Una vez que se reciba su aplicación, la directora del Campamento se comunicará con usted para programar una entrevista. La entrevista será realizada por la directora del Campamento y / o el subdirector en el Centro de Capacitación del Arc en la siguiente dirección, 17 Wallace Street en Elmwood Park. El aplicante debe estar presente en la entrevista; Se anima a todos los miembros de la familia, cuidadores o administradores de casos que puedan proporcionar información a que asistan.

### Tarifa de la aplicación

La tarifa de la aplicación de \$ 60 debe pagarse en su totalidad al final de la entrevista si el aplicante recibe la aceptación en el campamento, lo cual queda a discreción de la directora del Campamento y / o subdirector.

### Carta de aceptación

Se proporcionará una carta de aceptación oficial al momento de la aceptación en el campamento. Para los jóvenes menores de 21 años, esta carta debe ser enviada a CSOC del DCF a través de la solicitud en línea de PerformCare para los servicios de campamento de verano para recibir fondos.

NOTA: La aceptación no constituye un compromiso de proporcionar asistencia financiera para la matrícula del campamento. Los aplicantes son responsables de asegurarse de que los costos de la matrícula se paguen en su totalidad, que se implemente un plan de pago o que se haya asegurado una financiación alternativa. Consulte la guía de financiación para obtener más información





## INFORMACIÓN DE TRANSPORTE

### Transportación

Camp Rainbow proporciona transporte puerta a puerta para los campistas en los condados de Bergen y Passaic en la medida posible.

El transporte es proporcionado por conductores con licencia contratados o subcontratados por el Arc. Los conductores cumplen con los requisitos del NJ Department of Motor Vehicles para operar minibuses o vans.

El costo del transporte este cubierto por la matricula del campamento.

El Arc debe ser notificado con anticipación de cualquier requisito especial de transportación. Sí se necesita acomodaciones especiales, se aplicarán los gastos asociados con dicha acomodación.

### Rutas de autobús

Las rutas de autobús están desarrolladas para proporcionar el transporte más eficiente hacia y desde el campamento. Los conductores se comunicarán con las personas en su ruta para proporcionar las horas estimadas de recogida y entregada el domingo antes de que el campista esté programado para asistir. De igual manera los conductores les proporcionarán su información de contacto, que puede usarse para informar una ausencia o para preguntas o inquietudes relacionadas con el transporte. Por favor, notifique al conductor de cualquier ausencia de antemano para evitar viajes innecesarios.

Las rutas pueden cambiar en el transcurso del verano para acomodar a nuevos campistas o debido al tráfico, construcción de carreteras, etc. Como resultado, los horarios de recogida y entregada están sujetos a cambios. Se le notificará de cualquier cambio que se produzca.

Tenga en cuenta que los primeros días del campamento son un período de adaptación. Las rutas pueden tomar más tiempo a medida que los campistas se acostumbran a subir y bajar de los autobuses, los conductores aprenden la mejor manera de entrar y salir de cada parada y se hacen ajustes para el tráfico, etc.

Si le preocupa que el autobús llegue demasiado tarde, llame al campamento al 201-825-4888. La directora del Campamento o el subdirector permanece en el campamento después del horario de atención para responder a las preguntas sobre el transporte y responder a cualquier emergencia. Si no puede comunicarse con alguien en el campamento, llame a Shayna Eddy a la oficina principal del Arc. Si se comunica con el correo de voz, deje un mensaje detallado y alguien se comunicará con usted lo antes posible.

Por razones de seguridad, un adulto responsable debe estar en casa con el campista durante las recogidas y entregas. Si cree que su campista es responsable de quedarse solo en casa, indíquelo en el Formulario de Autorización de la aplicación y proporcione una carta notariada que indique que podemos dejar al campista en casa cuando no haya nadie más allí.

**\*DEBIDO A LA ESCASEZ DE CONDUCTORES CON LICENCIA DE CDL, ES POSIBLE QUE EL TRANSPORTE PODRÍA SER LIMITADO\***

**SE PROPORCIONARÁN ACTUALIZACIONES SOBRE ESTE ASUNTO ANTES DEL COMIENZO DEL CAMPAMENTO**



Shayna Eddy, Director of Recreation Services | p: (201) 343-0322 x2270 | e: seddy@arcbp.com  
Camp Rainbow | e: rainbow@arcbp.com | [www.arcbp.com/programs/camp\\_rainbow](http://www.arcbp.com/programs/camp_rainbow)



## INFORMACIÓN SOBRE LA MATRICULA

**TARIFA DE LA APLICACION= \$60**

**MATRICULA DEL CAMPAMENTO = \$850 por semana**

### TARIFA DE LA APLICACION

La tarifa de la aplicación de \$ 60 no es reembolsable, debe ser pagada por TODOS los aplicantes y no está cubierta por ninguna fuente de financiamiento, incluida la asistencia estatal y las becas de campamento. Su solicitud no será procesada hasta que se reciba la tarifa de la aplicación.

**Nuevos aplicantes**: la tarifa de la aplicación debe ser pagada después de la entrevista con el nuevo campista

**Campistas retornando**: la tarifa de la aplicación debe ser pagada al momento de someter todos los formularios de la aplicación

### MATRICULA DEL CAMPAMENTO

**Fecha de Entrega: 1 de julio**

Los cheques de matrícula deben hacerse pagaderos a The Arc of Bergen y Passaic Counties con "Camp Rainbow, [apellido del campista]" en el memorándum. Los cheques pueden enviarse por correo o dejarse en la oficina principal de The Arc en 223 Moore Street en Hackensack con Attn: Camp Rainbow.

Las familias que no puedan pagar la matrícula en su totalidad pueden consultar la guía de financiamiento para explorar las opciones de asistencia para la matrícula. Como último recurso, las familias pueden solicitar becas de campamento para ayudar a cubrir el costo del campamento. Las becas se otorgan por orden de llegada y se distribuyen según la necesidad y la disponibilidad de fondos, por lo que las familias deben explorar primero otras opciones de financiamiento.

Aquellos que paguen de su bolsillo y deseen acordar un plan de pago pueden comunicarse con The Arc. Los campistas no serán autorizados a asistir al campamento hasta que la matrícula se pague en su totalidad, se acuerde un plan de pago o se apruebe un financiamiento alternativo.



Shayna Eddy, Director of Recreation Services | p: (201) 343-0322 x2270 | e: seddy@arcbp.com  
Camp Rainbow | e: rainbow@arcbp.com | [www.arcbp.com/programs/camp\\_rainbow](http://www.arcbp.com/programs/camp_rainbow)



## NOTA DE ASISTENCIA

### **\*IMPORTANTE\***

Los campistas que reciben fondos estatales a través de CSOC (niños/jóvenes) o DDD (adultos 21+) y / o aquellos a quienes se les han otorgado becas campistas **DEBEN** asistir a **TODOS** los días de campamento programados que cubren sus fondos.

El Arc *no puede* emitir factura a Children's System of Care o Medicaid/DDD si su campista está *ausente*.

**¡POR FAVOR** absténgase de hacer citas o planificar "días de vacaciones" para su campista durante la sesión del campamento!

Si un campista está ausente por cualquier motivo, *se debe programar un día de recuperación de inmediato*.

Si su campista falta al campamento por razones distintas a enfermedad y no se programa un día de recuperación, *es posible que deba cubrir el costo que no podemos facturar*.

**– POR FAVOR TRABAJE CON NOSOTROS –**

**¡GRACIAS!**



Shayna Eddy, Director of Recreation Services | p: (201) 343-0322 x2270 | e: seddy@arcbp.com  
Camp Rainbow | e: rainbow@arcbp.com | [www.arcbp.com/programs/camp\\_rainbow](http://www.arcbp.com/programs/camp_rainbow)



## GUÍA DE FINANCIAMIENTO DE LA MATRICULA PARA JOVENES (MENORES 21 AÑOS)

### NJ DCF's Children's System of Care (CSOC) reforzado por PerformCare

Los jóvenes elegibles pueden recibir un máximo de 10 días (2 semanas) de fondos para campamentos de verano del DCF/CSOC

- 1) Los jóvenes primero deben ser considerados elegibles para los Servicios de Discapacidad del Desarrollo (DD) de CSOC completando la solicitud de elegibilidad en el sitio web de PerformCare
  - [www.performcarenj.org/families/disability/determination-eligibility](http://www.performcarenj.org/families/disability/determination-eligibility)
  - Para asistencia, marque- 1-877-652-7624
- 2) Los jóvenes considerados elegibles deben completar la Solicitud de Servicios de Campamento de Verano de CSOC del año en el sitio web de PerformCare:
  - [www.performcarenj.org/families/disability/summer-camp](http://www.performcarenj.org/families/disability/summer-camp)
  - Para asistencia, marque- 1-877-652-7624
  - Recordatorio: especifique Camp Rainbow en la aplicación de servicios de campamentos de verano de CSOC

### Año Escolar Extendido (AEE)

Los niños en edad escolar pueden ser elegibles para asistir a Camp Rainbow como su Programa de Año Escolar Extendido

- 1) Los padres/tutores de jóvenes en edad escolar deben acercarse a su Equipo de Estudio Infantil y solicitar que se incluya un Programa de Año Escolar Extendido en el IEP del joven
- 2) Los padres/tutores deben proporcionar al equipo los siguientes formularios de la Solicitud de Camp Rainbow:
  - Información sobre la matrícula
  - Formulario del año escolar extendido
- 3) El distrito escolar debe completar y devolver el Formulario de Año Escolar Extendido al Arc por correo (Attn: Camp Rainbow 223 Moore Street Hackensack, NJ 07601) o correo electrónico ([rainbow@arcbp.com](mailto:rainbow@arcbp.com))

### Organizaciones Benéficas

Las organizaciones comunitarias locales como Elks, Kiwanis, Rotary, Knights of Columbus, Masons, Women's Club, UNICO, etcétera. pueden proporcionar becas para que los miembros de la comunidad local asistan al campamento; Para obtener un modelo de carta, envíe un correo electrónico [rainbow@arcbp.com](mailto:rainbow@arcbp.com)

### Care Management Organizations (CMO)

Care Management Organizations como Bergen's Promise puede proporcionar fondos para jóvenes que no están financiados por DCF's CSOC.

### Becas de campamento The Arc's Rainbow

The Arc tiene un número limitado de becas de campamento, disponibles para ayudar a las familias elegibles con la matrícula del campamento. Para solicitar una beca de campamento por la(s) semana(s) no cubierta(s) por otra fuente de financiamiento, complete el Formulario de solicitud de beca para el campista.

**Nota:** Los jóvenes elegibles deben solicitar fondos de CSOC / ESY antes de que The Arc considere cualquier beca de campamento.



Shayna Eddy, Director of Recreation Services | p: (201) 343-0322 x2270 | e: [seddy@arcbp.com](mailto:seddy@arcbp.com)  
Camp Rainbow | e: [rainbow@arcbp.com](mailto:rainbow@arcbp.com) | [www.arcbp.com/programs/camp\\_rainbow](http://www.arcbp.com/programs/camp_rainbow)



## GUÍA DE FINANCIAMIENTO DE LA MATRICULA PARA ADULTOS (21+)

### NJ Division of Developmental Disabilities (DDD)

Los adultos elegibles para Medicaid pueden recibir un máximo de 29 días (6 semanas) de fondos para campamentos de verano de DDD, según el presupuesto disponible de la persona

- 1) Los adultos primero deben ser considerados elegibles para los servicios de DDD completando la Solicitud de Determinación de Elegibilidad en el sitio web de DDD:  
[www.nj.gov/humanservices/ddd/individuals/applyservices/](http://www.nj.gov/humanservices/ddd/individuals/applyservices/)
- 2) Los adultos considerados elegibles deben comunicarse con su Coordinador de soporte de DDD para solicitar la adición de Camp Rainbow a su presupuesto
- 3) Los coordinadores de soporte deben enviar un correo electrónico directamente a **Shayna Eddy** ([seddy@arcbp.com](mailto:seddy@arcbp.com)) para adquirir la información de facturación de Camp Rainbow y agregarla al ISP de la persona.
- 4) Los coordinadores de soporte son responsables de asignar el presupuesto de la persona para tener en cuenta todos los días que asistirán al campamento y deben proporcionar al Arc un SDR que especifique Camp Rainbow y las fechas planificadas de asistencia de la persona antes del primer día del campista

### Organizaciones Benéficas

Las organizaciones comunitarias locales como Elks, Kiwanis, Rotary, Knights of Columbus, Masons, Women's Club, UNICO, etcétera. pueden proporcionar becas para que los miembros de la comunidad local asistan al campamento; Para obtener un modelo de carta, envíe un correo electrónico [rainbow@arcbp.com](mailto:rainbow@arcbp.com)

### Becas de campamento The Arc's Rainbow

The Arc tiene un número limitado de becas de campamento, disponibles para ayudar a las familias elegibles con la matrícula del campamento. Para solicitar una beca de campamento por la(s) semana(s) no cubierta(s) por otra fuente de financiamiento, complete el Formulario de solicitud de beca para el campista

**Nota:** Adultos elegibles deben solicitar fondos de DDD antes de que The Arc considere cualquier beca de campamento.



Shayna Eddy, Director of Recreation Services | p: (201) 343-0322 x2270 | e: [seddy@arcbp.com](mailto:seddy@arcbp.com)  
Camp Rainbow | e: [rainbow@arcbp.com](mailto:rainbow@arcbp.com) | [www.arcbp.com/programs/camp\\_rainbow](http://www.arcbp.com/programs/camp_rainbow)



## INSTRUCCIONES DE LA APLICACIÓN

¡Gracias por su interés en Camp Rainbow! Para aplicar para la próxima temporada, complete todos los formularios que se enumeran a continuación. Los formularios pueden enviarse por correo o dejarse en la oficina principal de The Arc (223 Moore Street en Hackensack) a la atención de: Camp Rainbow o escanearse y enviarse por correo electrónico a [rainbow@arcbp.com](mailto:rainbow@arcbp.com). Le recomendamos encarecidamente que guarde copias de todos los documentos que envíe.

**Los formularios de solicitud deben estar acompañados de una tarifa de procesamiento de aplicación no reembolsable de \$60.**

Las aplicaciones se fechan al momento que son recibidas y se consideran por orden de llegada. ¡Por favor tenga en cuenta la fecha de entrega! No se aceptarán formularios recibidos después de la fecha de entrega, ya que requieren suficiente tiempo para procesarse.

Los cuidadores son responsables de enviar todos los formularios médicos al Arc. Si no se reciben en la fecha límite, la aceptación del campista puede retrasarse o revocarse.

FORMULARIOS	INSTRUCCIONES	FECHA DE ENTREGA
Aplicación del campista (+ \$60 cuota)	Padre/Tutor: completar	1 de mayo
Selección de semana	Padre/Tutor: completar	1 de mayo
Año Escolar Extendido (AEE)	Distrito Escolar: <u>completar y firmar</u> *solo campistas en edad escolar*	1 de mayo
Petición de Beca de campamento (Asistencia para la matrícula)	Padre/tutor debe <u>completar y firmar</u> *Solo para Becas campistas (Asistencia para la matrícula) solamente*	1 de mayo
Autorización de revelación	Padre/Tutor: <u>completar y firmar</u>	15 de mayo
Evaluación de necesidades	Padre/Tutor: <u>completar</u>	15 de mayo
Historial Médico	Padre/Tutor: <u>completar y firmar</u>	15 de mayo
Consentimiento para el tratamiento médico de emergencia	Padre/Tutor: <u>completar y firmar</u>	15 de mayo
Examen médico	Médico de atención primaria: <u>completar y firmar</u>	1 de junio
Formulario de prescripción médica	Médico de atención primaria: <u>completar y firmar</u>	1 de junio



Shayna Eddy, Director of Recreation Services | p: (201) 343-0322 x2270 | e: [seddy@arcbp.com](mailto:seddy@arcbp.com)  
Camp Rainbow | e: [rainbow@arcbp.com](mailto:rainbow@arcbp.com) | [www.arcbp.com/programs/camp\\_rainbow](http://www.arcbp.com/programs/camp_rainbow)



## FORMULARIO DE APLICACIÓN DEL CAMPISTA

APELLIDO \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  HOMBRE  MUJER

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ CONDADO \_\_\_\_\_

CALLE TRANSVERSAL MÁS CERCANA \_\_\_\_\_

TALLA DE CAMISETA (circule) YOUTH S YOUTH M YOUTH L XS S M L XL 2X 3X

ELEGIBILIDAD:  DCF/CSOC SERVICES (< 21 años)  DDD SERVICES (21+)

**MADRE/TUTORA**

APELLIDO \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_

CASA # (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ CELULAR# (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.COM

**PADRE/ GUARDIAN**

APELLIDO \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_

CASA # (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ CELULAR # (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.COM

**CONTANTO DE EMERGENCIA**

APELLIDO \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL CAMPISTA \_\_\_\_\_

CASA # (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ CELULAR # (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

FORMULARIO COMPLETADO POR: \_\_\_\_\_ EN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_





## FORMULARIO DE SELECCIÓN DE SEMANAS DE CAMPAMENTO

Por favor, indique las semanas que desea que su campista se una a nosotros en Camp Rainbow. La selección de la semana no garantiza la aceptación ni le obliga al pago. Después de que se procese su solicitud, se le notificará las fechas de aceptación, el estado de las solicitudes de la beca para el campamento y los costos de matrícula que deben pagarse de su bolsillo. A continuación, tendrás que comprometerte con las fechas de asistencia y el pago de la matrícula. Los campistas no tienen que asistir a las 6 semanas del campamento, pero deben asistir a semanas completas (de lunes a viernes) a menos que se hagan arreglos con anticipación

### Notas de financiamiento:

**DCF/CSOC** Los jóvenes elegibles de DCF / CSOC pueden recibir un máximo de 10 días (2 semanas) de financiamiento del campamento de verano pendiente de la aprobación de una solicitud de servicios de campamento de verano de CSOC (en el sitio web de PerformCare)

**DDD** Los adultos elegibles pueden recibir un máximo de 29 días (6 semanas) de financiamiento del campamento de verano dependiendo del presupuesto disponible del individuo

**Año Escolar Extendido (AEE)** Los niños en edad escolar pueden ser elegibles para asistir a Camp Rainbow ya que su Programa de Año Escolar Extendido está pendiente de aprobación

**Pago por cuenta propia** La matrícula puede pagarse por cuenta propia en su totalidad antes del campamento o se puede organizar un plan de pago por adelantado, que puede requerir un depósito.

**Solicitud de Beca para Campamento** The Arc tiene un número limitado de becas de campamento, "Camperships", disponibles para ayudar a las familias elegibles con la matrícula del campamento que no está cubierta por otras fuentes de financiamiento. La asistencia se proporcionará en función de la necesidad y la disponibilidad de fondos de becas.

### SELECCIÓN DE LA SEMANA DE CAMPAMENTO

<u>Marque todo lo que corresponda</u>	✓	Financiamiento (para cada semana)					
Semana 1: Julio 6 – Julio 10		DCF/CSOC	DDD	AEE	Pago Cuenta propia	Solicitud de Beca para Campamento	Otros
Semana 2: Junio 13 – Julio 17		DCF/CSOC	DDD	AEE	Pago Cuenta propia	Solicitud de Beca para Campamento	Otros
Semana 3: Junio 20 – Julio 24		DCF/CSOC	DDD	AEE	Pago Cuenta propia	Solicitud de Beca para Campamento	Otros
Semana 4: Junio 27 – Julio 31		DCF/CSOC	DDD	AEE	Pago Cuenta propia	Solicitud de Beca para Campamento	Otros
Semana 5: Agosto 3 – Agosto 7		DCF/CSOC	DDD	AEE	Pago Cuenta propia	Solicitud de Beca para Campamento	Otros
Semana 6: Agosto 10 – Agosto 14		DCF/CSOC	DDD	AEE	Pago Cuenta propia	Solicitud de Beca para Campamento	Otros
	<b>TOTAL # SEMANAS</b>						





## INSTRUCCIONES PARA EL AÑO ESCOLAR EXTENDIDO (AEE)

Los niños en edad escolar pueden ser elegibles para asistir a Camp Rainbow como su Programa de Año Escolar Extendido (AEE).

TODOS los niños en edad escolar deben buscar fondos a través de ESY antes de ser considerados elegibles para cualquier asistencia financiera, incluidos, entre otros, los fondos estatales. Este formulario debe ser completado por el distrito, incluso si no financiarán el campamento como el Programa AEE del estudiante.

El Sistema de Cuidado Infantil (CSOC, por sus siglas en inglés) del DCF de NJ no financiará a ningún joven que tenga un Programa de Año Escolar Extendido. Sin embargo, pueden financiar semanas no incluidas en el Año Escolar Extendido.

El Arc puede tener fondos de becas, "campistas", disponibles por semanas adicionales. Las solicitudes para niños en edad escolar que solicitan consideración para campamentos no se pueden procesar hasta que se reciba el Formulario de Confirmación de Año Escolar Extendido completado.

### Instrucciones del formulario AEE

- 1) Los Padres/Tutores de jóvenes en edad escolar deben acercarse a su Equipo de Estudio Infantil y solicitar que se incluya un Programa de Año Escolar Extendido en el IEP del joven
- 2) Los padres/tutores deben proporcionar al equipo los siguientes formularios de la Solicitud de Camp Rainbow:
  - Instrucciones para el Año Escolar Extendido
  - Formulario de Año Escolar Extendido
- 3) El distrito escolar debe completar y devolver el Formulario de Año Escolar Extendido a The Arc por correo (Attn: Camp Rainbow 223 Moore Street Hackensack, NJ 07601) o correo electrónico (rainbow@arcbp.com)







## FORMULARIO DE SOLICITUD DE BECA (ASISTENCIA PARA MATRICULA)

The Arc tiene una serie de becas disponibles para el campamento Rainbow para ayudar a las familias elegibles con la asistencia para la matricula. Para solicitar una beca para la semana o semanas no cubiertas por otra fuente de financiamiento, complete este formulario y devuélvalo con su solicitud de campista.

### CAMPISTA

APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_

### PADRE/TUTOR

APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_

TELEFONO # ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

TAMAÑO DEL HOGAR = \_\_\_\_\_

→ El tamaño del hogar es el número total de personas que viven en el hogar, incluido el campista (que vive en casa o es un dependiente).

INGRESO FAMILIAR BRUTO TOTAL = \$ \_\_\_\_\_

→ Para los campistas menores de 18 años, el ingreso familiar bruto total debe reflejar la suma de los ingresos de todos los miembros de la familia (incluidos los ingresos del campista) antes de impuestos.

→ Para los campistas mayores de 18 años, solo informe los ingresos del campista.

¿TUVISTE GASTOS EXTRAORDINARIOS ESTE ÚLTIMO AÑO?  SI  NO

→ Los gastos extraordinarios incluyen facturas médicas altas, costos de equipos de adaptación, costos de terapia/educación, etc. Es posible que se solicite una verificación adicional en una fecha posterior.

Si responde SI, total de los gastos = \$ \_\_\_\_\_

Certifico que la información anterior es completa, precisa y verdadera. Entiendo que la falsificación de este documento puede comprometer la aceptación de mi familiar en el campamento. En caso de que se requiera un comprobante adicional de ingresos, lo proporcionaré (es decir, copia del impuesto sobre la renta, talones de pago, cheque o carta del Seguro Social).

\_\_\_\_\_  
Firma Padre/Tutor

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha



Shayna Eddy, Director of Recreation Services | p: (201) 343-0322 x2270 | e: seddy@arcbp.com  
Camp Rainbow | e: rainbow@arcbp.com | [www.arcbp.com/programs/camp\\_rainbow](http://www.arcbp.com/programs/camp_rainbow)



## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

APELLIDO DE CAMPISTA \_\_\_\_\_ NOMBRE DE CAMPISTA \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Acepto	<input type="checkbox"/> No acepto	dar permiso para que la persona mencionada anteriormente asista a Camp Rainbow, también conocido como Programa de Día de Verano Rainbow, y participe en todas las actividades, incluidas, entre otras, las excursiones patrocinadas por el programa.
<input type="checkbox"/> Acepto	<input type="checkbox"/> No acepto	dar permiso para que la persona mencionada anteriormente sea transportada hacia y desde Camp Rainbow y excursiones por Arc o personal contratado en vehículos de agencia o contratados.
<input type="checkbox"/> Acepto	<input type="checkbox"/> No acepto	dar permiso para que la persona mencionada anteriormente nade en el lago Darlington.
<input type="checkbox"/> Acepto	<input type="checkbox"/> No acepto	dar permiso para que la persona adulta mencionada anteriormente sea dejada en su residencia si no hay nadie en casa.
<input type="checkbox"/> Acepto	<input type="checkbox"/> No acepto	dar permiso para el uso de fotografías y / o cintas de video por parte de The Arc de los condados de Bergen y Passaic para boletines informativos, folletos, panfletos, diapositivas, materiales de capacitación, boletines informativos, páginas web, anuncios de servicios públicos y cualquier otro material publicitario o de divulgación de Arc.
<input type="checkbox"/> Acepto	<input type="checkbox"/> No acepto	dar permiso para que el personal de Camp Rainbow aplique o ayude a aplicar protector solar a la persona mencionada anteriormente (SPF 30 o superior, después de nadar y según sea necesario).

Autorizo a Camp Rainbow a entregar el campista mencionado anteriormente a las siguientes personas para que la recojan:

_____	Nombre Completo	_____	Relación con el Campista
_____	Nombre Completo	_____	Relación con el Campista
_____	Nombre Completo	_____	Relación con el Campista

Certifico que he sido informado de a) las responsabilidades obligatorias de informar al personal de la agencia con respecto a sospechas de abuso y negligencia y denunciar cada accidente, incidente o suceso inusual relacionado que involucre al personal, jóvenes y / o familias según las políticas de informes de la agencia en cumplimiento con el estado de Nueva Jersey b) el procedimiento de quejas establecido por los condados de The Arc of Bergen y Passaic y c) mi derecho a solicitar acceso a los registros dentro de la ley autoridad.

***Esta liberación es válida hasta que sea rescindida por escrito por la persona o su tutor.***

\_\_\_\_\_  
Firma Padre/Tutor

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Campista (Si tiene 18+ años y tiene su propio tutor)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha



Shayna Eddy, Director of Recreation Services | p: (201) 343-0322 x2270 | e: seddy@arcbp.com  
Camp Rainbow | e: rainbow@arcbp.com | [www.arcbp.com/programs/camp\\_rainbow](http://www.arcbp.com/programs/camp_rainbow)



## FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES

APELLIDO DE CAMPISTA \_\_\_\_\_ NOMBRE DE CAMPISTA \_\_\_\_\_

### 1. COMUNICACIÓN

#### Lenguaje expresivo

- Campista es:  Verbal  No-verbal

¿Si NO VERBAL, como el campista se comunica? \_\_\_\_\_

Dispositivos de comunicación alternativos (marque todos los que correspondan):

- Tablero de fotos  Tableta  Otros: \_\_\_\_\_

- ¿El campista expresa adecuadamente sus necesidades?  Sí  No

Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Lenguaje Receptivo:

- ¿El campista comprende el lenguaje hablado?  Sí  No

Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- ¿Es el campista capaz de entender y seguir instrucciones sencillas?  Sí  No

Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- ¿El campista sabe leer?  Sí  No

### 2. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (ADV)

#### Ambula/Movilidad

- ¿Es el campista totalmente ambulatorio?  Sí  No

Asistencia necesitada: \_\_\_\_\_

#### Comida/Bebida

- ¿El campista es independiente con la comida y la bebida?  Sí  No

Asistencia necesitada: \_\_\_\_\_

#### Vestirse

- ¿El campista puede vestirse solo?  Sí  Necesita alguna asistencia  No



### Uso del Baño

- ¿Está el campista entrenado para usar el baño?  Sí  No – usa pull-ups  No – usa pañales  
¿Si dijo que SÍ, es el campista independiente para usar el baño?  Sí  Necesita Asistencia  No
- ¿El campista comunica la necesidad de usar el baño?  Sí  No – necesita sugerencia/recordatorio  
Explique: \_\_\_\_\_
- ¿El campista tiene un horario para ir al baño??  Sí  No  
Explique: \_\_\_\_\_
- ¿Puede la caravana cuidar las necesidades menstruales?  Sí  No  N/A  
Asistencia Necesitada: \_\_\_\_\_

### **3. HABILIDADES SENSORIALES Y MOTORAS**

#### Sensoriales

- ¿El campista experimenta dificultades del procesamiento sensorial?  
 Sí – Hipersensibilidad (rechazo sensorial)  Sí – Subsensibilidad (búsqueda sensorial)  No

#### Habilidades Motoras

- ¿El campista experimenta desafíos con las habilidades motoras gruesas? (caminar, mantener el equilibrio, etc.)  Sí  No  
Describe: \_\_\_\_\_
- ¿El campista experimenta desafíos con las habilidades motoras finas? (utensilios, botones, etc.)  
 Sí  No  
Describe: \_\_\_\_\_

### **4. CONCIENCIA DE PELIGRO/SEGURIDAD**

#### Conciencia del peligro

- ¿El campista reconoce y comprende los peligros potenciales del hogar? (enchufes eléctricos, estufas, artículos de limpieza/productos químicos, objetos afilados, fuego, etc.)  Sí  No
- ¿El campista reconoce y comprende los posibles peligros de la comunidad? (extraños, tráfico, cruce de calles, deambulación, vías férreas, etc.)  Sí  No

#### Seguridad

- ¿La caravana requiere supervisión constante?  Sí  No  
¿Si la respuesta es NO, cuánto tiempo puede estar la caravana sin supervisión? (marque)  
1min    5min    10min    15min    >15min



**5. SALUD EMOCIONAL Y DE COMPORTAMIENTO**

Desafíos de Comportamiento

- ¿El campista tiene problemas de comportamiento?     Sí     No

\*En caso afirmativo, verifique la gravedad de todos los comportamientos que correspondan:

Fuga / Sale a caminar	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo
Impulsividad	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo
Oposición / Desafío	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo
Berrinche	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo
Agresión Física	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo
Agresión Verbal	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo
Conducta Autolesiva	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo
Destrucción de Propiedad	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo
Pica (Come cosas que no son para comer)	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo

- Haz una lista de los miedos o fobias que tenga el campista: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**\*IEP / Plan 504: Los padres/tutores de campistas en edad escolar deben proporcionar a los condados de The Arc of Bergen y Passaic una copia del IEP o plan 504 de la persona.**

FORMULARIO COMPLETADO POR: \_\_\_\_\_ EN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_





## FORMULARIO DE INSTRUCCIONES DE SALUD Y MEDICO

### Formulario de Salud

- 1) Los formularios de salud deben ser completados por un **padre o tutor**.
- 2) Formulario de Historial Médico
- 3) Autorización para Dar Consentimiento para el Tratamiento Médico de Emergencia

### Formularios Médicos

- 1) Los formularios médicos deben ser completados por un médico.
- 2) Formulario de Examen Médico
- 3) Formulario para Orden de Medicinas

Todos los formularios médicos y de salud deben enviarse a The Arc antes del inicio del campamento. Las aceptaciones de los campistas están condicionadas a la recepción y revisión de estos formularios. Los padres/tutores/cuidadores son responsables de enviar todos los formularios médicos a The Arc. Si no se reciben en la fecha límite, la aceptación del campista puede retrasarse o revocarse.

### Información de Medicamentos para Padres/Tutores

1. Los medicamentos se almacenan en el campamento Rainbow durante la duración de la asistencia programada del campista. Los medicamentos son administrados por entrenador de salud con licencia de Camp Rainbow o el personal certificado en la administración de medicamentos. Todos los medicamentos se devuelven al padre/tutor del campista al final de su último día de campamento. Si a su campista se le recetan medicamentos que deben administrarse en el campamento entre las 9:00 a.m. y las 3:00 p.m. o PRN (según sea necesario), siga las instrucciones a continuación:
2. Los medicamentos deben estar en sus frascos originales con las etiquetas originales de la farmacia. Las etiquetas de los frascos deben coincidir con la orden del médico en el Formulario de pedido de medicamentos.
3. Los medicamentos deben entregarse al conductor del autobús del campista, al monitor del autobús o a un miembro del personal del campamento el primer día de campamento del campista. No ponga medicamentos en su lonchera, mochila, etc.
4. Informe a entrenador de salud de Camp Rainbow de cualquier instrucción especial para la administración, como triturar, mezclar con alimentos o líquidos, etc.

Incluya cucharas medidoras de medicamentos, goteros, etc. con cualquier medicamento que requiera utensilios de medición. El entrenador de salud del campamento los etiquetará con el nombre de su campista, si es necesario, teniendo cuidado de no obstruir ninguna marca en los utensilios.

El entrenador de salud de Camp Rainbow puede ser contactada directamente mientras el campamento está en sesión para cualquier pregunta o inquietud médica. Antes del inicio del campamento, utilice la información de contacto en la parte inferior de esta página para conectarse con un miembro del personal del campamento que pueda ayudarlo mejor.





# FORMULARIO DE HISTORIAL MEDICO

**\*PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/TUTOR\***

APELLIDO DEL CAMPISTA \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL CAMPISTA \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EDAD (IN JUNE) \_\_\_\_\_ GÉNERO  M  F

## 1. I/DD DIAGNÓSTICO

• Marque todos los diagnósticos que correspondan (si son otros, especifique):

Trastorno Espectro Autista

Leve  Moderado  Severo

Desabilidad Intelectual

Leve  Moderado  Severo  Profundo

Síndrome de Down

Epilepsia

Parálisis Cerebral

Otro: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

## 2. ALERGIAS

• Enumere las alergias ambientales del campista:

No conocidas

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• Enumere las alergias alimentarias del campista:

No Conocidas

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• Enumere las alergias de los campistas a los medicamentos:

No Conocidas

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





### 3. HISTORIAL DE CONVULSIONES

- ¿El campista tiene un trastorno convulsivo o antecedentes de convulsiones?  Yes  No  
En caso afirmativo, verifique el tipo de convulsión:
  - Crisis de Ausencia (petit mal)
  - Atónico
  - Crisis de Ausencia Atípica
  - Clónica
  - De Conciencia Focal (parcial simple)
  - Crisis Focal con Alteración De Conciencia (parcial compleja)
  - Tónico-Clónica (grand mal)
  - Mioclónico
  - Tónica
- Frecuencia de las Convulsiones: \_\_\_\_\_
- Fecha de la Última Convulsión: \_\_\_\_\_ Duración de la Última Convulsión: \_\_\_\_\_
- Enumere los detonantes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Señal de Alerta/aura: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ¿Cómo es una convulsión típica de tu campista? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Respuesta posterior a la convulsión/síntomas después de la convulsión: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 4. DISPOSITIVOS FÍSICOS ADAPTATIVOS/AYUDAS A LA MOVILIDAD

- ¿El campista utiliza algún dispositivo de adaptación o ayuda física?  Sí  No
- Equipo de Alimentación Adaptivo
  - Bastón
  - Prendas de Compresión
  - Muletas
  - Dentadura Postiza
  - Lentes / Lentes de Contacto
  - aparatos del oído/audífonos
  - Casco protector
  - Aparato Ortopédico
  - Ortesis
  - Andador
  - Otros: \_\_\_\_\_



**5. ENFERMEDAD**

- ¿Puede el campista comunicar que no se siente bien?  Sí  No  
 Explique: \_\_\_\_\_
- Describir las señales de advertencia del campista en términos de la aparición de la enfermedad: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**6. AUTORIZACIONES MÉDICAS**

**AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA**

Por la presente, doy permiso para que la persona mencionada anteriormente reciba tratamiento médico de emergencia mientras asiste al programa de día de verano de The Arc of Bergen y Passaic Counties, Camp Rainbow.

\_\_\_\_\_  
Firma Padre/Tutor

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma Padre/Tutor

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

**AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS**

Por la presente, doy permiso para que el entrenador de salud del campamento o el personal certificado del campamento Rainbow administre medicamentos a la persona mencionada anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma Padre/Tutor

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma Padre/Tutor

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

**AUTORIZACIÓN PARA PONERSE EN CONTACTO CON EL MÉDICO**

Por la presente, autorizo a los médicos de la persona mencionada anteriormente a proporcionar información, hablar y consultar con el entrenador de salud de Camp Rainbow con respecto a las necesidades médicas/de atención médica del campista, y autorizo a el entrenador de salud de Camp Rainbow a comunicarse con los médicos.

\_\_\_\_\_  
Firma Padre/Tutor

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma Padre/Tutor

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha





## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA CONSENTIR EL TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

\*PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/TUTOR\*

Yo/ Nosotros, los abajo firmantes, padres/tutores de \_\_\_\_\_, autorizamos al Director, Subdirector y / o Entrenador de salud del programa de día de verano de los condados de Arc of Bergen y Passaic, Camp Rainbow, como nuestro (s) agente (s) a dar su consentimiento para cualquier procedimiento de diagnóstico o atención médica que se considere aconsejable por, y debe ser bajo la supervisión general o especial de cualquier médico o cirujano autorizado, cuando se requiera dicho diagnóstico o tratamiento.

Se entiende que esta autorización se otorga con anticipación a cualquier necesidad específica de tratamiento, pero se otorga para proporcionar autoridad por parte de nuestros agentes antes mencionados para dar su consentimiento específico a todos y cada uno de los diagnósticos, tratamientos o atención hospitalaria que el médico, en el ejercicio de su mejor juicio, pueda considerar aconsejable.

Esta autorización permanecerá efectiva hasta la conclusión de la participación de la persona en Camp Rainbow, a menos que se revoque antes por escrito y se entregue a dicho(s) agente(s).

\_\_\_\_\_  
Firma Madre/Tutor

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Firma Padre/Tutor

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Firma del Campista (si tiene 18+ y es su propio tutor)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date

**Padre/s o Tutor # de Teléfono:**

CASA: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ TRABAJO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ CELULAR: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Padre(s)/Tutor Dirección:**

CALLE \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_





# MEDICAL EXAMINATION FORM

*\*TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN\**

CAMPER LAST NAME \_\_\_\_\_ CAMPER FIRST NAME \_\_\_\_\_  
 DOB \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AGE \_\_\_\_\_ GENDER  M  F

INDIVIDUAL'S IDD DIAGNOSIS: \_\_\_\_\_

## 1. MEDICAL HISTORY

• CHECK IF INDIVIDUAL IS SUBJECT TO ANY OF THE FOLLOWING (COMMENT AS TO SEVERITY FREQUENCY, ETC.):

✓	CONDITON	EXPLAIN	✓	CONDITION	EXPLAIN
<input type="checkbox"/>	ALLERGIES (FOOD)		<input type="checkbox"/>	GOITER	
<input type="checkbox"/>	ALLERGIES (MEDS)		<input type="checkbox"/>	HAY FEVER	
<input type="checkbox"/>	ASTHMA		<input type="checkbox"/>	HEADACHES	
<input type="checkbox"/>	BRONCHITIS		<input type="checkbox"/>	NIGHT SWEATS	
<input type="checkbox"/>	COLDS		<input type="checkbox"/>	REACTION TO INSECT BITES	
<input type="checkbox"/>	CONSTIPATION		<input type="checkbox"/>	SEIZURES	
<input type="checkbox"/>	DIARRHEA		<input type="checkbox"/>	SHORTNESS OF BREATH	
<input type="checkbox"/>	DIZZINESS		<input type="checkbox"/>	SINUS TROUBLE	
<input type="checkbox"/>	EARACHES		<input type="checkbox"/>	SORE THROAT	
<input type="checkbox"/>	ECZEMA		<input type="checkbox"/>	STOMACH ACHES	
<input type="checkbox"/>	FAINTING SPELLS		<input type="checkbox"/>	TONSILLITIS	
<input type="checkbox"/>	FREQUENT URINATION		<input type="checkbox"/>	OTHER:	

COMMENTS: \_\_\_\_\_

• CHECK IF INDIVIDUAL EVER CONTRACTED/EXPERIENCED ANY OF THE FOLLOWING (INCLUDE DATE IF KNOWN):

✓	ILLNESS	DATE	✓	ILLNESS	DATE
<input type="checkbox"/>	CHICKEN POX		<input type="checkbox"/>	MEASLES	
<input type="checkbox"/>	DIPHTHERIA		<input type="checkbox"/>	MUMPS	
<input type="checkbox"/>	GERMAN MEASLES		<input type="checkbox"/>	PNEUMONIA	
<input type="checkbox"/>	HEART TROUBLE		<input type="checkbox"/>	RHEUMATIC FEVER	
<input type="checkbox"/>	HEPATITIS	DATE:	<input type="checkbox"/>	SCARLET FEVER	
		STATUS:	<input type="checkbox"/>	WHOOPING COUGH	
<input type="checkbox"/>	HERNIA		<input type="checkbox"/>	OTHER:	
<input type="checkbox"/>	INFANTILE PARALYSIS		<input type="checkbox"/>	OTHER:	





## 2. IMMUNIZATIONS

- PROVIDE DATES OF INDIVIDUAL'S IMMUNIZATIONS:

VACCINATION	DATE	VACCINATION	DATE
DIPHTHERIA/PERTUSSIS		PNEUMOCOCCAL CONJUGATE (PCV 13)	
TETANUS*		MENINGOCOCCAL	
MEASLES		ROSEOLA	
MUMPS		SMALLPOX	
RUBELLA		TYPHOID	
POLIO (1,2 ,3)		INFLUENZA	
POLIO (BOOSTER)		COVID-19	
HAEMOPHILUS INFLUENZAE TYPE B (HIB)		COVID-19 (BOOSTER)	
HEPATITIS B		TINE/MANTOUX TEST	DATE:
VARICELLA (CHICKENPOX)			RESULTS:

\*TETANUS MUST BE WITHIN PAST 10 YEARS

## 3. HOSPITALIZATIONS/SURGERIES/MAJOR ILLNESSES OR INJURIES

- DESCRIBE ANY MAJOR ILLNESSES/INJURIES, SURGERIES, AND HOSPITALIZATIONS (IF APPLICABLE) AND LIST DATES:

DESCRIPTION	DATES	HOSPITALIZATION
	-	-
	-	-
	-	-
	-	-

## 4. LIMITATIONS & RESTRICTIONS

- INDICATE "Y" FOR ANY LIMITATIONS/RESTRICTIONS AND EXPLAIN, OR INDICATE "N" IF NOT APPLICABLE:

LIMITATION/RESTRICTION	Y / N	EXPLAIN
ACTIVITY		
DIETARY		
ENVIRONMENTAL		
OTHER		

## 5. MEDICATION

- DOES THIS INDIVIDUAL CURRENTLY TAKE ANY MEDICATION?  YES  NO

**\*IF "YES" PLEASE COMPLETE THE ACCOMPANYING MEDICATION ORDER FORM\***



**6. PHYSICAL EXAM**

- INDICATE INDIVIDUAL'S PRESENT PHYSICAL CONDITION; INCLUDE ANY PERTINENT INFORMATION IN NOTES COLUMN:

REGION	GOOD	FAIR	POOR	NOTES
ABDOMEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EARS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EYES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EXTREMITIES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
GENITALS/URINARY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HEART	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LUNGS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LYMPH GLANDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MUSCULAR DEVELOPMENT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NOSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SKIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TEETH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
THROAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

HEIGHT:	FT	IN	WEIGHT:	LBS
---------	----	----	---------	-----

**PHYSICIAN SIGNATURE**

I hereby certify that I have examined this individual within 6 months and have reviewed his/her health history and clear him/her to attend The Arc of Bergen and Passaic Counties' summer day program, Camp Rainbow. I certify that to the best of my knowledge this individual is free from contagious disease.

\_\_\_\_\_  
Physician Signature

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Date

Physician Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_, NJ \_\_\_\_\_  
Street City Zip





## MEDICATION ORDER FORM

**\*TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN\***

**Instructions:** List **all medications** currently being taken by the individual, **including medications that do not need to be taken during camp hours.**

<b>CAMPER NAME:</b>	
<b>ALLERGIES:</b>	

**This form must accompany the Medical Examination Form if the individual currently takes medication.**

MEDICATION NAME	DOSE	TIME MEDICATION IS TO BE GIVEN (PLEASE SPECIFY)	REASON FOR MEDICATION

\_\_\_\_\_

Physician Signature

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date



Shayna Eddy, Director of Recreation Services | p: (201) 343-0322 x2270 | e: seddy@arcbp.com  
Camp Rainbow | e: rainbow@arcbp.com | [www.arcbp.com/programs/camp\\_rainbow](http://www.arcbp.com/programs/camp_rainbow)