



**División de Servicios Sociales del Tribunal
Superior del Distrito de Columbia
500 Indiana Avenue NW, JM-600, Washington DC 20001
(202) 508-1900 | www.dccourts.gov**

Autorización de los padres

Yo, el abajo firmante, como padre/madre/tutor/custodio de _____, otorgo permiso para que mi hijo/a participe en varias actividades coordinadas por la División de Servicios Sociales del Tribunal Superior del Distrito de Columbia (*Court of the District of Columbia Court Social Services Division, CSSD*). Estas actividades pueden ocurrir durante las vacaciones de primavera, la Iniciativa de verano, días festivos, horas regulares de la Justicia Equilibrada y Restaurativa (*Balanced and Restorative Justice, BARJ*) y otros períodos mientras mi hijo/a está bajo la supervisión del CSSD. Las actividades pueden incluir, entre otras: patinaje, *karting* (convencional y de alta velocidad), acondicionamiento físico, jugar al baloncesto, montar en bicicleta, montar a caballo, fútbol, natación, parques de camas elásticas, *laser tag*, juegos deportivos, campamento, museos culturales, parques de atracciones, salas recreativas, minigolf, senderismo, bolos, tirolina y parques acuáticos y de aventura al aire libre.

Reconocimiento de riesgos:

Entiendo que la participación de mi hijo/a en estas actividades puede conllevar riesgos inherentes, incluida la posibilidad de lesiones accidentales. Por la presente, reconozco y acepto dichos riesgos en nombre de mi hijo/a. Entiendo además que la participación de mi hijo/a en actividades contratadas a empresas privadas o comerciales, o servicios prestados por terceras entidades como transporte u otros servicios, también puede presentar riesgos, por los que libero al CSSD o sus representantes de cualquier responsabilidad, excepto en casos de negligencia grave.

Exoneración de responsabilidad:

Yo, en mi nombre y en el de mi hijo/a, libero y eximo de responsabilidad al Tribunal Superior de la División de Servicios Sociales del Tribunal del Distrito de Columbia (*Court Social Services Division, CSSD*), sus empleados, representantes y voluntarios, de cualquier reclamo, demanda, acción y responsabilidad, incluidas las lesiones, accidentes o daños, que resulten de la participación de mi hijo/a en cualquiera de las actividades mencionadas. Esta exoneración incluye actividades proporcionadas por el CSSD así como por terceros proveedores de servicios.

Cumplimiento de las leyes y directrices del programa:

Se me ha explicado plenamente, y entiendo, que mientras mi hijo/a participa en la programación coordinada por el CSSD, mi hijo/a debe cumplir con todas las leyes del Distrito de Columbia, otras jurisdicciones, y todas las directrices y normas establecidas por el Programa de la BARJ. Si mi hijo/a no se adhiere a estas leyes y reglas, el CSSD puede implementar medidas tales como arresto, detención o modificación de las condiciones de supervisión, incluida la extensión, revocación o aumento de la supervisión.

Con mi firma a continuación, reconozco que he leído, entiendo y acepto los términos y condiciones establecidos en esta autorización.

Fecha

Nombre en letra de imprenta del padre/madre/tutor

Firma del padre/madre/tutor

Responsabilidad juvenil

Entiendo que el Tribunal me da la oportunidad de participar en varias actividades constructivas, prosociales y restaurativas mientras estoy bajo la supervisión del CSSD o participando en un Programa de la BARJ. Asimismo, entiendo que debo comportarme de manera adecuada en todo momento, en especial cuando asista a una actividad con el CSSD. Soy plenamente consciente de que, si no obedezco todas las leyes del Distrito de Columbia y de otras jurisdicciones, así como las pautas o reglas del Programa de la BARJ, podrían aplicarse medidas como el arresto, la detención o el aumento, la ampliación o la revocación de la supervisión.

Fecha

Nombre en letra de imprenta del joven

Firma del joven

Exoneración médica

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR

Nombre completo: _____ Relación con el menor: _____
Correo electrónico: _____ Teléfono: _____
Dirección del hogar: _____

Como padre/madre/tutor/custodio de _____ Por la presente, autorizo al CSSD
Nombre del menor:

y/o a sus representantes para que obtenga servicios médicos en nombre de mi hijo/a, en caso de accidente o enfermedad repentina. Me notificarán dichos incidentes y seré responsable de cualquier gasto necesario ocasionado por el tratamiento médico de mi hijo/a, que no esté cubierto por el siguiente seguro médico:

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Empresa de Seguro Médico: _____
Nombre del titular de la póliza: _____ Relación con el menor: _____
Número de póliza: _____ Cobertura: _____
Número de Medicaid: _____ Estado: _____

Alergias a alimentos: _____

Medicamentos: _____

Fecha

Nombre en letra de imprenta del padre/madre/tutor

Firma del padre/madre/tutor