



**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO DE COLUMBIA**  
 División de Servicios Sociales de los Tribunales (Court Social Services Division, CSSD)  
 Programas de Justicia Restaurativa y Equilibrada (Balanced and Restorative Justice, BARJ)  
 500 Indiana Ave. St., NW Washington, DC 20001

**Formulario De Autorización De Actividad/Salidas De Los Padres De CSSD**

Como padre/madre/tutor/custodio de \_\_\_\_\_, doy permiso para que mi hijo  
**(ESCRIBA EL NOMBRE DEL MENOR EN LETRA DE IMPRENTA)**

participe en diversas actividades coordinadas por la División de Servicios Sociales del Tribunal (CSSD) perteneciente al Tribunal Superior del Distrito de Columbia, incluidas las actividades durante las vacaciones de primavera, la Iniciativa de Verano, los días feriados y el horario habitual del programa de BARJ, mientras mi hijo esté bajo la supervisión de la CSSD. Algunos ejemplos son, entre otros: patinar, hacer *karting* (convencional y de alta velocidad), jugar al baloncesto, montar en bicicleta, montar a caballo, jugar fútbol, practicar natación, usar parques de camas elásticas, jugar al *laser tag* (juego del láser), jugar otros juegos deportivos, acampar, ir a Blacks in Wax (Baltimore) y a Kings Dominion (Richmond).

Además, entiendo y mediante la presente libero a la CSSD y a sus agentes de cualquier responsabilidad por lesiones accidentales que pueda sufrir mi hijo mientras esté en su cuidado, y de la responsabilidad resultante de lesiones accidentales de los servicios contratados a empresas privadas o comerciales, o personas que proporcionan transporte u otros servicios, que no sea por negligencia grave.

Se me ha explicado, y entiendo completamente, que mientras participe en la programación de la CSSD, mi hijo debe obedecer todas las leyes del Distrito de Columbia y otras jurisdicciones, así como todas las directrices y normas del programa de BARJ. Si mi hijo no se adhiere a las leyes del Distrito de Columbia u otras jurisdicciones, así como a las directrices y normas del Programa de BARJ, se podrán aplicar respuestas como el arresto, la detención o el aumento, la ampliación o la revocación de la supervisión.

Letra de imprenta/Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
**(Padre/madre/tutor/custodio)**

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Nombre/ relación \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Responsabilidad de los jóvenes**

Entiendo que el Tribunal me está dando la oportunidad de participar en varias actividades constructivas, prosociales y restauradoras mientras estoy bajo la supervisión de la CSSD o participando en un programa de BARJ. Además, entiendo que debo comportarme adecuadamente en todo momento, especialmente cuando asisto a una actividad con la CSSD. Soy plenamente consciente de que, si no obedezco todas las leyes del Distrito de Columbia y de otras jurisdicciones, así como las directrices y normas del programa de BARJ, pueden aplicarse respuestas como el arresto, la detención o el aumento, la ampliación o la revocación de la supervisión.

Firma del joven: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Como padre/madre/tutor/custodio de \_\_\_\_\_, por la presente autorizo a la CSSD y a sus  
**(ESCRIBA EL NOMBRE DEL MENOR EN LETRA DE IMPRENTA)**

agentes para obtener servicios médicos en nombre de mi hijo, en caso de accidente o enfermedad repentina. Se me notificarán dichos incidentes y seré responsable de cualquier gasto necesario ocasionado por el tratamiento médico de mi hijo, que no esté cubierto por lo siguiente:

Compañía de seguros médicos : \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza : \_\_\_\_\_ Relación con el menor: \_\_\_\_\_

Número de póliza : \_\_\_\_\_ Cobertura : \_\_\_\_\_

Número de Medicaid: \_\_\_\_\_ Estado: DC MD VA

Alergias o afecciones físicas conocidas del menor: \_\_\_\_\_

Medicamentos del menor: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor/custodio: \_\_\_\_\_ Relación con el menor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de actualización : \_\_\_\_\_

Día/ Mes/ Año

Día/Mes/Año