



Estimados Padres / Tutores:

¡Gracias por su interés en Camp Erin South Florida!

Camp Erin es un campamento gratuito de duelo de fin de semana para niños y adolescentes de 6 a 17 años que están de luto por la muerte de una persona significativa en sus vidas. Camp Erin combina la educación de duelo y el apoyo emocional con divertidas actividades tradicionales de un campamento. Nuestros profesionales de duelo y voluntarios capacitados proporcionan un ambiente de cuidado para que los campistas exploren su dolor, aprendan habilidades esenciales para hacer frente a este y hagan amigos con compañeros que también están sufriendo una pérdida.

Debido a la pandemia de COVID-19, no estamos haciendo campamentos nocturnos hasta nuevo aviso. Hemos desarrollado un programa donde nuestros campistas todavía pueden recibir apoyo, procesar su dolor y hacer conexiones significativas, mientras su salud y seguridad y aquellas de nuestros voluntarios y personal se mantienen seguras. Todos los pasos en el proceso de solicitud se realizarán virtualmente, en línea o por teléfono.

Para participar al Camp Erin, requerimos lo siguiente:

1. **Aplicación** — Se debe completar una solicitud para cada niño antes de ser considerado para el campamento. Envíe las solicitudes completadas por correo electrónico a CampErin@catholichospice.org.
2. **Entrevista** — Un miembro del equipo de Camp Erin se pondrá en contacto con usted para ayudarlo a que usted y sus hijos se familiaricen con el campamento. También es importante para nosotros conocer a su(s) hijo(s). La entrevista ayudará a determinar si su(s) hijo(s) está preparado para el campamento y si Camp Erin satisface sus necesidades. Después de este proceso, se enviará una carta para proporcionar información adicional sobre el campamento y otras actividades del campamento, como Save Your Spot.
3. **“Save Your Spot”** — En “Save Your Spot”, se reunirá con el equipo de Camp Erin, voluntarios y otros campistas que estarán con su(s) hijo(s) en el campamento, y así mismo confirmará su(s) lugar(es) en el campamento.

Si tiene alguna pregunta sobre Camp Erin South Florida, puede comunicarse con nuestra Gerente de Campamentos al **954- 944-2709** o por correo electrónico a gsantayana@catholichospice.org.

Cordialmente,

Gian Carla Santayana, MS, LMFT
Manager, Special Programs | Catholic Hospice, Inc.
2900 West Cypress Creek Road | Suite 7 | Fort Lauderdale, FL 33309
O. 954-944-2709 | F. 954-944-2697 | www.camperinsouthflorida.org





LISTA DE VERIFICACION PARA LA APLICACION DEL CAMPISTA

Nombre del Niño: _____ Género: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección del Niño: _____

Talla de Camiseta: (Marque uno)

	Niño S	Niño M	Niño L
Adulto S	Adulto M	Adulto L	Adulto XL

Raza/Origen Étnico: (Marque todas las que correspondan)

Negro/Afroamericano Blanco/Caucásico Hispanic/Latino Asiático Multiracial

Preocupaciones Principales: _____

¿Qué espera que su hijo gane al asistir a Camp Erin? _____

¿Ha asistido a Camp Erin en el pasado? Si No Año/Ubicación: _____

En caso afirmativo, ¿qué le gustaría que su hijo ganara esta vez asistiendo a Camp Erin? _____

¿Han hablado usted y su hijo sobre la posibilidad de que él/ella asista a Camp Erin? Si No

¿Afiliación Militar: (Marque uno) Si No Si si, qué rama?: _____

¿El campista solicitante califica o recibe almuerzo gratis o reducido en la escuela? Si No

¿Era el fallecido un cuidador importante del campista? Si No

Persona Completando la Solicitud: _____ Relación Hacia el Niño: _____

Correo electrónico: _____ Numero de Teléfono: _____

¿Cómo escuchó acerca de Camp Erin? _____





HISTORIAL DE DUELO

Incluya tantos detalles como sea posible al responder las siguientes preguntas. Entendemos qué responder algunas de estas preguntas puede ser difícil; sin embargo, queremos poder brindarle la mejor atención posible a su hijo.

Nombre del Niño: _____ Edad: _____

Nombre Completo de la Persona Fallecida: _____ Relación hacia el Niño: _____

Fecha de Muerte: _____ Edad de la Persona Fallecida en el momento de morir: _____

¿La muerte fue anticipada o repentina? _____ Causa de la muerte: _____

Por favor describa cómo se le explicó la muerte al niño: _____

¿Cómo describe el estilo de comunicación de su familia con respecto a la muerte? (Marque uno)

Abierto

Adecuado

Muy poco

Evitado

Ninguno

Marque si alguna de las siguientes afirmaciones es VERDADERA:

El niño / adolescente estuvo presente al momento de la muerte.

El niño / adolescente no comprende los hechos sobre la causa de muerte del fallecido.

El niño / adolescente actualmente recibe apoyo profesional. Si es así, explique: _____

Esta no es la primera experiencia del niño con la muerte. Si es así, explique: _____

Indique otros cambios / tensiones en la vida del niño / adolescente (es decir, enfermedad, reubicación, divorcio, antecedentes de abuso, nuevo matrimonio, finanzas, otras pérdidas) _____

Por favor explique cómo su hijo indica que está sufriendo. ¿Hablan abiertamente de la persona que murió? _____

Reacción a la pérdida: (marque todos los comportamientos que su hijo ha mostrado después de la muerte del ser querido)

Aislamiento/soledad

Cree que la muerte fue su culpa

Llorando hechizos

Uso de drogas/Alcohol

Pensamientos suicidas/lo habla

Ansiedad por separación

Miedo/Temor a _____

Ira/Agresividad

Otro: _____

Depresión/Tristeza

Cree que la muerte es un castigo

Causando daño a los parientes

Pesadillas

Dificultad con: (Marque todas las que correspondan)

Energía

Peso

Asistencia en la escuela

Autoestima

Describa la personalidad de su hijo/adolescente y cualquier necesidad especial (idioma, discapacidad y/o necesidades religiosas), costumbres familiares, aspectos culturales, con respecto a los comportamientos/ estados de ánimo que debemos tener en cuenta para servir mejor a su hijo. _____



INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Niño: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

¿Su hijo: (Marque uno)

¿Tiene limitaciones físicas? Si No *Si es así, ¿Qué tipo? _____

¿Utiliza lentes o lentes de contacto? Si No

¿Tiene alergias? Si No *Si es así, ¿Qué tipo? _____

¿Tiene restricciones dietarias? Si No *Si es así, Cuales? _____

¿Tiene antecedentes médicos significativos? Si No *Si es así, especifique: _____

¿Toma algún medicamento? Si No *Si es así, especifique: _____

¿Está su hijo bajo el cuidado de un médico primario (PCP)? (Marque uno) Si No

Nombre del Médico Primario: _____ Teléfono: _____

Dirección del Médico Primario: _____

¿Hay un hospital que su seguro ordene? (Marque uno) Si No

*Si es así, cuál es su hospital de preferencia: _____

En caso de emergencia, favor contactar a las siguientes personas (en orden):

Nombre del contacto de emergencia: _____

Teléfono Fijo: _____ Celular: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____

Teléfono Fijo: _____ Celular: _____





CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN MÉDICA/QUIRÚRGICA, TRATAMIENTO DE EMERGENCIA E INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Padre/Guardian: _____ Relación: _____

Como padre/tutor legal del niño mencionado anteriormente, otorgo la autorización completa al personal o agentes de Camp Erin® para obtener atención médica o tratamiento para dicho niño. Este tratamiento puede incluir la asistencia del médico más cercano, la clínica médica, el hospital, la enfermera capacitada, el EMT u otro profesional de atención médica en caso de una enfermedad o lesión que requiera atención inmediata según lo determine el personal de Camp Erin. En caso de emergencia y no poder ser contactado, doy permiso a la institución médica tratante y/o a los proveedores médicos para que brinden la atención médica necesaria para mi hijo. Autorizo además a Camp Erin y sus agentes a divulgar toda la información que consideren apropiada y necesaria para garantizar la atención adecuada para mi hijo. Consiento que soy responsable de cualquier tipo de atención prestada a mi hijo e indemnizaré y mantendré inofensiva a Camp Erin por dicha atención, costos o gastos relacionados.

Mi hijo tiene las siguientes complicaciones de salud y/o problemas: _____

Liste todos los medicamentos (con y/o sin receta) que su hijo deberá tomar mientras esté en el campamento.

Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia	Médico Prescriptor	Razón para el Medicamento

***Todos los medicamentos deben estar en su contenedor original**

Alergias del niño: (es decir, alimentos, medicamentos y todas las demás) e indique reacciones: _____

¿Tiene su hijo seguro médico: (Marque uno) Sí No *En caso afirmativo, complete lo siguiente

Nombre del proveedor: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ # de póliza y del grupo: _____

Firma del titular de la póliza: _____ Fecha: _____

***POR FAVOR, HAGA UNA COPIA DE LA TARJETA DE SEGURO Y ADJUNTE**





LIBERACION DE CUSTODIA

Nombre del Niño Campista: _____

Fecha de Nacimiento del Niño Campista: _____

Soy el padre o tutor legal del niño campista identificado anteriormente. Por la presente, autorizo y ordeno a Camp Erin®, a su personal y/o a sus voluntarios que entreguen al campista infantil a la(s) siguiente(s) persona(s) durante o al final de Camp Erin con el fin de transportar o asumir la custodia del campista infantil:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Si es necesario que mi hijo abandone Camp Erin antes de que finalice el programa debido a una enfermedad, lesión o problemas de comportamiento, y yo no puedo buscarlo, por este medio, doy permiso para que mi hijo sea puesto en libertad bajo la custodia de la persona identificada anteriormente. Entiendo que Camp Erin puede requerir una identificación con foto de cualquier persona que recoja al campista de Camp Erin, incluyéndome a mí.

Por medio de la presente, libero a Camp Erin, a su personal, a los voluntarios y representantes del riesgo de entregar al niño campista a la persona identificada anteriormente

Entiendo y acepto que, en caso de que se necesite atención médica u otra emergencia, Camp Erin puede entregar a mi hijo a profesionales de la salud u otro personal apropiado.

He leído y entendido todo este formulario, y estoy de acuerdo a regirme por las condiciones del acuerdo.

Firma del Padre/Tutor

Fecha





**CATHOLIC HOSPICE, INC.
DECLARACIÓN DE LIBERACIÓN DE PRIVACIDAD**

Yo, el firmante, soy el tutor y por el presente participo voluntariamente, y doy autorización para que el menor de edad aparezca en fotografías y/o entrevistas con respecto a Camp Erin® y sus actividades.

Por la presente, consiento al uso de los materiales anteriores en cualquier tipo de medio (publicaciones, radio, televisión o internet). También entiendo que mi identidad puede ser revelada en relación con las fotos y / o entrevistas.

Por este medio, libero a Catholic Hospice, Catholic Health Services y la Arquidiócesis de Miami, a sus agentes y empleados de toda responsabilidad en relación con lo anterior. Renuncio a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar el producto terminado, la publicidad u otra copia que pueda usarse en relación con lo anterior.

Por este medio consiento lo anterior, sin expectativa ni remuneración para mí ahora o en el futuro. El acuerdo será obligatorio para mis herederos, representantes personales y cesionarios.

Nombre del Padre/Tutor Legal

Nombre del Representante de Catholic Hospice

Firma

Firma

Fecha

Fecha





2021 CAMP ERIN® PHOTO, PUBLICITY AND LIABILITY CONSENT AND RELEASE

I, _____, understand that Eluna desires to use certain audio or visual works in which my child or I might appear (e.g. video or photographs) and certain information about my child or me, in connection with my child's or my participation in Camp Erin® as a camper, employee, volunteer or visitor. I understand these audio or visual works may be used to advertise, promote, distribute, market, research, obtain funding for and sell various services, including Camp Erin and its related activities. By this Consent and Release Agreement (“**Consent and Release**”), I hereby grant certain rights to Eluna and release Eluna from certain liabilities, on behalf of myself (if I am a camper or employee or volunteer or visitor) or on behalf of my child (if I am the parent or guardian of a minor camper, employee, volunteer or visitor). This Consent and Release confirms my child's and my grant of rights and our agreement is as follows:

1. Grant of Rights. For good and valuable consideration, the receipt and sufficiency of which is hereby acknowledged, I, on behalf of myself and my child, hereby grant to Eluna and its directors, officers, employees, agents, representatives, contractors, successors, and assigns the perpetual, irrevocable, royalty-free, non-exclusive, worldwide, sublicensable right and license to: (a) use, edit, reproduce, modify, portray, publish, copy, distribute, create derivative works from, publicly perform and display without restriction all or portions of my or my child's identity and my or my child's experience at Camp Erin, including without limitation my or my child's name, fictional names (if any), voice, signature, photograph, words, image, personality or other likeness of me or my child, and any audio and video recordings of me or my child or remarks and statements made by me or my child (“**Images and Remarks**”); and, (b) create other materials or copyright-protected works using or incorporating my or my child's Images and Remarks in any form or manner, including in any electronic or non-electronic medium now known or later devised, in connection with Camp Erin for advertising, distribution, marketing, promotion, publicity, research, reporting or any other lawful purpose (“**Promotional Materials**”).

I waive any of my or my child's right to own, inspect, approve or receive any payment or attribution with respect to any works or Promotional Materials using my or my child's Images and Remarks, any accompanying written copy or printed matter, or the use to which it is applied. I understand and agree that the Images and Remarks, and Promotional Materials containing or based on my or my child's Images and Remarks may be used without any restriction as to changes or alterations, and may be modified, used in derivative works, distorted, included in composites or otherwise used in unexpected contexts, manners, or forms, or may not be used at all, and I grant Eluna all necessary rights to do the foregoing. To the extent moral rights in my or my child's Images and Remarks or any Promotional Materials may not lawfully be waived, I hereby agree not to bring any actions or claims against Eluna therefor.

2. Contact. Unless I opt out below, I agree to receive information/news/updates and other communications in hard copy, via electronic delivery, via telephone and other means from Eluna. I hereby consent to collection and disclosure of my mailing address, email address and phone number to Eluna for such purposes, unless I opt out below.

3. Release. I, on behalf of myself and my child, hereby fully and forever release, discharge, and agree to indemnify, defend and hold harmless Eluna and its directors, officers, employees and advisors (collectively, the “**Released Parties**”) from any and all claims, demands, causes of action, damages (including without limitation direct, indirect, incidental, consequential, special or punitive damages), losses, expenses and liabilities (whether under contractor, warranty or tort, including negligence (whether active, passive, or imputed)) relating to any claim that my child or I may have, now or in the future, based on: (a) any usage or adaptation of my or my child's Images and Remarks or portions thereof, or works or materials derived therefrom including, but not limited to, claims for libel, defamation, invasion of privacy or rights of publicity, infringement or violation of moral rights or any other right arising out of, or relating to, any use of my or my child's Images and Remarks, including by virtue of any blurring, distortion, alteration, optical illusion, or use in composite form, whether intentional or otherwise, or based upon any failure or omission to make use thereof; or (b) death, personal injury, property damage, pecuniary or other loss, damage, cost or expense (collectively, “**Harm**”) that may be suffered by my child, me or any third party as a result of, or in connection with, my or my child's participation in, volunteering for, or employment by Camp Erin. I AGREE TO INDEMNIFY AND HOLD HARMLESS EACH OF THE RELEASED PARTIES FROM AND AGAINST ANY AND ALL CLAIMS, COSTS, LOSSES, DAMAGES AND EXPENSES (INCLUDING REASONABLE ATTORNEYS' FEES) INCURRED BY ANY RELEASED PARTY ARISING OUT OF OR IN CONNECTION WITH ANY HARM OR RELEASED CLAIMS.

(over please)

4. Representations and Warranties. I represent and warrant that: (a) my or my child's involvement or participation in Camp Erin is voluntary, (b) I understand that there is a risk of danger, bodily harm, injury, emotional stress, or death as a result of my or my child's participation in, volunteering for, or employment by Camp Erin, (c) I further understand that there is the potential for risks and dangers that may not be obvious or reasonably foreseeable at this time related to my or my child's participation in, volunteering for, or employment by Camp Erin, and (d) I voluntarily, on behalf of myself or my child, assume the risks, including, but not limited to, those outlined in items (b) and (c) above. I further represent and warrant that I have the power, capacity and authority to grant the rights to Eluna herein granted, that this Consent and Release constitutes my or my child's legal and binding obligation enforceable in accordance with its terms and that the grants of rights or any portions thereof will not conflict with any similar grants of rights agreements I or my child have made.

5. Binding Agreement. This Consent and Release expresses the entire understanding between Eluna, me and my child, and supersedes any prior agreements and discussions between us with respect to the subject matter of this Consent and Release. In granting the rights herein, neither I nor my child have been coerced or induced to do so by any representations or assurances by Eluna or its agents or representatives. This Consent and Release may be amended only by written instrument signed by Eluna and me. The provisions hereof shall be binding upon me, my child and my heirs, representatives, executors, administrators, and successors. Eluna may, in its sole discretion, assign or transfer some or all of this Consent and Release.

6. Governing Law. This Consent and Release will be governed by the laws of the State of Pennsylvania, without regard to its choice of law principles. The parties hereby submit to the exclusive venue and jurisdiction of the state and federal courts of Philadelphia County, Pennsylvania and waive any objection thereto (irrespective of whether the individual signing this Consent and Release changes his or her state of residence).

7. Severability. If any provision of this Consent and Release Agreement is found to be unenforceable in any respect by a court of competent jurisdiction, this Consent and Release Agreement will nonetheless be enforced to the maximum extent to which it is found to be legally enforceable.

BY SIGNATURE BELOW, I AGREE AND ACKNOWLEDGE THAT I HAVE READ, UNDERSTOOD, AND ACCEPTED THIS CONSENT AND RELEASE; THAT THE PROVISIONS CONTAINED HEREIN REPRESENT AN AGREED ALLOCATION OF RISKS WHICH ELUNA IS RELYING UPON; THAT I HAVE SIGNED THIS CONSENT AND RELEASE VOLUNTARILY AND OF MY OWN FREE WILL; AND THAT I HAVE HAD AMPLE OPPORTUNITY TO ASK QUESTIONS REGARDING THE TERMS AND CONDITIONS OF THIS CONSENT AND RELEASE.

Agreed and Accepted: Participant or Parent/Guardian of Participant

Participant is a: Youth Camper Family Member Volunteer Visitor Camp Erin Leadership/Staff

Is Participant an employee of the organization hosting Camp Erin? Yes No

Please initial if individual signing is the parent or legal guardian of the Participant: _____

Participant Name: _____ Date of Birth: _____ / _____ / _____

Parent or Guardian Name (if applicable): _____

Address: _____

City, State and Zip: _____

Phone Number: Mobile Home _____

Participant Email (optional for Youth Campers*): _____

Parent or Guardian Email (if applicable): _____

I hereby opt out of receiving non-essential Eluna communications, such as newsletters and updates.

Signature: _____ Date: _____

Participant (if over the age of majority in state of residence) OR Parent/Guardian (if Participant is under the age of majority in state of residence)

*Eluna will only use Youth Camper email address to send Youth Camper the Camper Newsletter.



Assumption of Risk and Liability Release Agreement

The novel coronavirus, which causes the disease COVID-19, has been declared a worldwide pandemic by the World Health Organization. **COVID-19 is extremely contagious** and is believed to spread mainly from person-to-person contact. As a result, federal, state, and local governments and health agencies recommend social distancing and have, in many locations, prohibited the congregation of groups of people.

Catholic Hospice, Inc. (“Local Camp”) has put in place measures designed to reduce the spread of COVID-19. However, Local Camp and Eluna **cannot guarantee** that you/you and your child(ren) will not become infected with COVID-19. Further, **attending Camp Erin activities could increase** your risk and your child(ren)’s risk of contracting COVID-19.

By signing this Liability Release Agreement, I understand the contagious nature of COVID-19 and voluntarily assume the risk that I or my child(ren) and I may be exposed to or infected by COVID-19 by attending Camp Erin activities, and that such exposure or infection may result in personal injury, illness, permanent disability, or death. I understand that the risk of becoming exposed to or infected by COVID-19 at Camp Erin activities may result from the actions, omissions, or negligence of myself and/or others, including, but not limited to, Eluna, Local Camp and their respective directors, officers, employees, agents, volunteers, or program participants and their families.

I voluntarily assume all of the foregoing risks and accept sole responsibility for any illness or injury to myself/to myself and my child(ren), including, but not limited to, personal injury, disability, and death, damage, loss, claim, liability, or expense, of any kind, that I or my child(ren) may experience or incur in connection with my or my child(ren)’s attendance at or participation in Camp Erin activities (“Claims”). On behalf of myself and my children, heirs, representatives and assigns, I hereby release, hold harmless and discharge Local Camp and Eluna, and their respective directors, officers, employees, agents, and volunteers (“Released Parties”) from, and covenant not to sue the Released Parties for, any Claims, including all liabilities, claims, actions, damages, costs or expenses of any kind arising out of or relating thereto that I, or my children and I, may have or acquire. I understand and agree that this Liability Release Agreement includes but is not limited to any Claims based on the actions, omissions, or negligence of the Released Parties. If any provision of this Liability Release Agreement is held to be invalid or unenforceable, then that provision shall be severed, and all remaining provisions shall be given full force and effect.

Print Name of Participant: _____

Check the appropriate box: Youth Participant Family Member Volunteer Staff

Signature of Parent/Guardian of Youth Participant

Date

Printed Name of Parent/Guardian of Youth Participant

Date

Signature (Volunteer/Staff/Family Member)

Date