



Small Champions Colorado  
P.O. Box 4691  
Vail, CO 81658-4691

APLICACIÓN PARA SMALL CHAMPIONS

Small Champions ofrece programas deportivos y recreativos para niños y adolescentes con discapacidades que requieren instrucción adaptativa especial y / o equipo para participar. **Se requiere que los solicitantes estén en un programa de Apoyo para Necesidades Significativas/Aula.** La residencia principal del solicitante debe estar en el condado de Eagle, Colorado. Revise el documento de elegibilidad de Small Champions antes de enviar esta solicitud. Revisaremos cada solicitud caso por caso. La admisión al programa también se basa en la disponibilidad de espacio.

**Por favor, llene el cuestionario**

Nombre del niño: Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Padre(s) o tutor(es) legal(es) Nombre \_\_\_\_\_

Teléfono(s) Móvil(es) \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Correo electrónico(s) \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

La discapacidad del niño: Sí o NO. Por favor descríbala

Discapacidad Física: \_\_\_\_\_

Discapacidad Cognitiva: \_\_\_\_\_

Amputación: \_\_\_\_\_

Discapacidad auditiva: \_\_\_\_\_

Discapacidad visual: \_\_\_\_\_

Trastornos de Convulsiones: \_\_\_\_\_

Seleccione y describa las habilidades actuales del niño como **COMPETENTE, EMERGENTE o INICIANTE** para lo siguiente:

**Seguridad:**

**Competente:** El solicitante es física y emocionalmente seguro en sí mismo y para los demás en todos los ambientes.

Y \_\_\_ N \_\_\_ Describir \_\_\_\_\_

**Emergente:** El solicitante necesita indicaciones y redirección para mantener su seguridad tanto física como emocional.

Y \_\_\_ N \_\_\_ Describir \_\_\_\_\_

**Iniciante:** El solicitante requiere apoyo individual para mantener la seguridad física y emocional en todos los ambientes

Y \_\_\_ N \_\_\_ Describir \_\_\_\_\_

**Comunicación:**

**Competente:** El solicitante utiliza un lenguaje expresivo para mantener una conversación y comunicar sus deseos y necesidades.

Y \_\_\_ N \_\_\_ Describir \_\_\_\_\_

**Emergente:** El solicitante tiene [ ] lenguaje receptivo [ ] lenguaje expresivo. Por favor, marque uno.

Describir \_\_\_\_\_

**Iniciante:** El solicitante utiliza un dispositivo de comunicación aumentativa, lenguaje de señas americano u otros medios para comunicarse.

Y \_\_\_ N \_\_\_ Describir \_\_\_\_\_

**Físico:**

**Competente:** El solicitante puede acceder a todos los medios ambientes de forma independiente con la capacidad adecuada para equilibrarse, caminar y la fuerza de la parte superior del cuerpo para llevar sus pertenencias.

Y \_\_\_ N \_\_\_ Describir \_\_\_\_\_

**Emergente:** El solicitante requiere cierto apoyo para acceder a todos los ambientes.

Y \_\_\_ N \_\_\_ Describir \_\_\_\_\_

**Iniciante:** El solicitante requiere apoyo individual para acceder de forma segura a todos los ambientes.

Por favor, compruebe si utiliza: [ ] Silla de ruedas [ ] Andador.

Y \_\_\_ N \_\_\_ Describir \_\_\_\_\_

**Cognitivo:**

**Competente:** El solicitante es capaz de mantener la atención a una tarea determinada, seguir instrucciones de 4 pasos, enfocarse y resolver problemas en todos los ambientes.

Y \_\_\_ N \_\_\_ Describir \_\_\_\_\_

**Emergente:** El solicitante necesita algo de apoyo e impulso para seguir instrucciones, iniciar tareas, mantener el enfoque y organizarse.

Y \_\_\_ N \_\_\_ Describir \_\_\_\_\_

**Iniciante:** El solicitante requiere apoyo y redirección uno a uno para enfocarse en una tarea determinada y necesita modificaciones en la instrucción para tener éxito.

Y \_\_\_ N \_\_\_ Describir \_\_\_\_\_

**Médico:**

**Competente:** El solicitante no tiene necesidades médicas que deban ser atendidas durante las actividades de Small Champions.

Y \_\_\_ N \_\_\_ Describir \_\_\_\_\_

**Emergente:** El solicitante tiene necesidades médicas. Por favor, enumere las necesidades.

Y \_\_\_ N \_\_\_ Describir \_\_\_\_\_

**Iniciante:** El solicitante tiene necesidades médicas que requieren un monitoreo individual durante todo el día.

Y \_\_\_ N \_\_\_ Describir \_\_\_\_\_

**Participación en la recreación comunitaria:**

**Competente:** El solicitante puede participar en actividades de recreación comunitaria de forma independiente.

Y \_\_\_ N \_\_\_ Describir \_\_\_\_\_

**Emergente:** El solicitante ha participado en actividades de recreación comunitaria, y se ha determinado que requieren apoyo para tener éxito.

Y \_\_\_ N \_\_\_ Describir \_\_\_\_\_

**Iniciante:** El solicitante no ha participado en actividades de recreación comunitaria debido al nivel de apoyo requerido y las adaptaciones necesarias para participar.

Y \_\_\_ N \_\_\_ Describir \_\_\_\_\_

¿Qué funciones principales de la vida afecta la discapacidad del solicitante?

---

---

¿Cómo cree que la participación en Small Champions beneficiará al solicitante?

---

---

¿A qué escuela asiste el solicitante?

---

Proporcione el nombre del maestro de educación especial o trabajador social del solicitante.

---

***Tenga en cuenta: Si su hijo es aceptado en el programa, usted como padre / tutor, o cualquier miembro de la familia, deberá comprometerse a 10 horas anuales de tiempo voluntario a Small Champions o pagar una tarifa de \$ 300 anualmente. Lo haré:***

Voluntario 10 horas: \_\_\_\_ (Anualmente)

Pagar tarifa de \$300: \_\_\_\_ (Anualmente)

---

Imprimir el nombre del Padre/Tutor

---

Firma del Padre o Tutor

\*Las solicitudes para cada pequeño campeón son obligatorias y revisadas anualmente.