



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

### SOLICITUD PARA SMALL CHAMPIONS

Small Champions ofrece programas de deportes y recreación para niños y adolescentes con discapacidades que requieren instrucción adaptada especial y/o equipo para participar. Los solicitantes deben estar inscritos en un programa/aula de Necesidades de Apoyo Significativo o tener una discapacidad física documentada. La residencia principal del solicitante debe estar en el Condado de Eagle, Colorado. Por favor revise el documento de Elegibilidad de Small Champions antes de enviar esta solicitud. Revisaremos cada solicitud caso por caso. La admisión al programa también depende de la disponibilidad de cupo.

**Por favor escriba en letra de molde o a máquina**

Nombre del niño(a): Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

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

Nombre del/de los padre(s) o tutor(es) legal(es) \_\_\_\_\_

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

Correo(s) electrónico(s) \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**Discapacidad del niño(a): SÍ o NO.** Por favor describa y proporcione documentación.

Discapacidad física: \_\_\_\_\_

Discapacidad cognitiva/intelectual: \_\_\_\_\_

Amputación: \_\_\_\_\_

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

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

Trastornos convulsivos: \_\_\_\_\_

**Por favor seleccione S (sí) o N (no) para una de las 3 opciones en cada una de las categorías a continuación.**  
Cuando/si seleccione "S", proporcione una descripción.

**Seguridad:**

S \_\_\_ N \_\_\_ El solicitante es física y emocionalmente seguro para sí mismo y para los demás en todos los entornos.

Describe \_\_\_\_\_

S \_\_\_ N \_\_\_ El solicitante necesita recordatorios y redirección para mantener su seguridad física y emocional.

Describe \_\_\_\_\_

S \_\_\_ N \_\_\_ El solicitante requiere apoyo individual (uno a uno) para mantener la seguridad física y emocional en todos los entornos.

Describe \_\_\_\_\_

**Comunicación:**

S \_\_\_ N \_\_\_ El solicitante usa el lenguaje para mantener una conversación y comunicar sus deseos y necesidades.

Describe \_\_\_\_\_

El solicitante [ ] oye y entiende [ ] habla y usa lenguaje corporal. Por favor marque una.

Describe \_\_\_\_\_

S \_\_\_ N \_\_\_ El solicitante usa un dispositivo de comunicación aumentativa, Lengua de Señas Americana u otro medio para comunicarse.

Describe \_\_\_\_\_

**Físico:**

S \_\_\_ N \_\_\_ El solicitante puede acceder a todos los entornos de manera independiente, con la capacidad adecuada para mantener el equilibrio, caminar y la fuerza de la parte superior del cuerpo para llevar sus pertenencias.

Describe \_\_\_\_\_

S \_\_\_ N \_\_\_ El solicitante requiere algo de apoyo para acceder a todos los entornos.

Describe \_\_\_\_\_

S \_\_\_ N \_\_\_ El solicitante requiere apoyo individual (uno a uno) para acceder de manera segura a todos los entornos.

S \_\_\_ N \_\_\_ El solicitante usa una silla de ruedas, andador u otro apoyo físico para moverse de un lugar a otro.

Describe \_\_\_\_\_

**Cognitivo:**

S \_\_\_ N \_\_\_ El solicitante puede mantener la atención en una tarea, seguir instrucciones de 4 pasos, concentrarse y resolver problemas en todos los entornos.

Describe \_\_\_\_\_

S \_\_\_ N \_\_\_ El solicitante necesita cierto apoyo y recordatorios para seguir instrucciones, iniciar tareas, mantener la concentración y organizarse.

Describe \_\_\_\_\_

S \_\_\_ N \_\_\_ El solicitante requiere apoyo individual (uno a uno) y redirección para concentrarse en una tarea, y necesita modificaciones en la instrucción para tener éxito.

Describe \_\_\_\_\_

**Médico:**

S \_\_\_ N \_\_\_ El solicitante no tiene necesidades médicas que deban ser atendidas durante las actividades de Small Champions.

Describe \_\_\_\_\_

S \_\_\_ N \_\_\_ El solicitante tiene necesidades médicas. Por favor liste las necesidades.

Describe \_\_\_\_\_

S \_\_\_ N \_\_\_ El solicitante tiene necesidades médicas que requieren supervisión individual (uno a uno) durante el día.

Describe \_\_\_\_\_

**Participación en recreación comunitaria:**

S \_\_\_ N \_\_\_ El solicitante puede participar en actividades recreativas comunitarias de manera independiente.

Describe \_\_\_\_\_

S \_\_\_ N \_\_\_ El solicitante ha participado en actividades recreativas comunitarias, y se ha determinado que requiere apoyo para tener éxito.

Describe \_\_\_\_\_

S \_\_\_ N \_\_\_ El solicitante no ha participado en actividades recreativas comunitarias debido al nivel de apoyo requerido y a las adaptaciones necesarias para participar.

Describe \_\_\_\_\_

¿Qué funciones vitales principales afecta la discapacidad del solicitante?

---

---

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

---

---

¿A qué escuela asiste el solicitante?

---

---

Por favor proporcione el nombre del maestro de educación especial o trabajador social del solicitante.

---

---

**Nota:** Si su hijo(a) es aceptado en el programa, usted como padre/madre/tutor, o cualquier miembro de la familia, deberá comprometerse a cumplir 10 horas anuales de trabajo voluntario con Small Champions o pagar una cuota anual de \$300. Yo me comprometo a:

Voluntariado de 10 horas: \_\_\_\_\_ (Anual)

Pagar cuota de \$300: \_\_\_\_\_ (Anual)

---

---

Nombre en letra de molde del Padre/Madre/Tutor

Firma del Padre/Madre/Tutor

*Se requiere una solicitud por cada participante de Small Champions, la cual será revisada anualmente.*

---

---

¿Quieres que también lo formatee en **versión lista para imprimir en Word o PDF**, con casillas de verificación y líneas como en el original?