



Blind Service Chicago
17 N State St. Suite 1050
Chicago, IL 60602
312-236-0808

Pathways 2026 — Información y Solicitud (Español)

Gracias por su interés en el campamento de verano Pathways de Blind Service Chicago (BSC). Los estudiantes elegibles son jóvenes ciegos o con baja visión de 12 a 17 años. El programa comienza el 6 de julio de 2026 y continúa hasta el 31 de julio de 2026. El horario es de 9:00 a.m. a 2:00 p.m. de lunes a jueves y de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. los viernes.

Para los estudiantes en Chicago, el transporte hacia y desde Pathways está disponible cada día (consulte sobre el transporte para estudiantes de los suburbios). Se proporcionan almuerzo y refrigerios para todos los estudiantes. Las actividades incluyen habilidades de la vida diaria, movilidad y uso del bastón, cocina, deportes adaptados y una variedad de experiencias culturales y recreativas. Se distribuirá un calendario de actividades a los padres/tutores antes del inicio del verano. Se tomarán todas las precauciones para garantizar la seguridad de su estudiante. Si no desea que su estudiante participe en alguna actividad, puede optar por no hacerlo. Debido a la amplia gama de adaptaciones y eventualidades, los padres/tutores deben completar y firmar los formularios adjuntos, incluido el formulario para el maestro de VI.

Envíe las solicitudes completas a:

Ginger Leopoldo

Directora de Programas Juveniles

gleopoldo@bsachicago.org

312-236-0808



Blind Service Chicago
17 N State St. Suite 1050
Chicago, IL 60602
312-236-0808

Las solicitudes completas, incluida la cuota, serán revisadas. Después de la revisión, se notificará a los padres/tutores si su estudiante ha sido aprobado para asistir a Pathways.

Lista de verificación de la solicitud Pathways 2026

- ☐ Formulario de Solicitud e Información 2026
- ☐ Exención de Responsabilidad, Autorización de Foto y Autorización para Compartir Información Escolar firmadas
- ☐ Formulario del Maestro de VI
- ☐ Cuota de solicitud, incluye almuerzo diario y transporte.



Blind Service Chicago
17 N State St. Suite 1050
Chicago, IL 60602
312-236-0808

Formulario de Solicitud e Información 2026

Información del niño

Nombre	_____
Dirección	_____
Ciudad	_____
Estado	_____
Código Postal	_____
Teléfono	_____
Correo electrónico	_____
Nombre de la escuela	_____
Grado en otoño de 2024	_____
Género identificado	_____
Fecha de nacimiento	_____

Información del padre, madre o tutor

Nombre	_____
Dirección	_____
Ciudad	_____
Estado	_____
Código Postal	_____
Teléfono de casa	_____
Teléfono del trabajo	_____
Teléfono celular	_____
Correo electrónico del padre/madre/tutor	_____

Contacto de emergencia (debe incluirse)

Nombre del contacto de emergencia	_____
Relación con el niño	_____
Números de teléfono	_____



Blind Service Chicago
17 N State St. Suite 1050
Chicago, IL 60602
312-236-0808

Preguntas adicionales

¿Su hijo ha tenido operaciones o lesiones graves? Si respondió sí, explique.

¿Su hijo utiliza alguno de los siguientes? (Marque todo lo que corresponda)

☐ Silla de ruedas ☐ Andador ☐ Bastón de apoyo ☐ Audífono

¿Puede su hijo cargar cinco libras (2,3 kg) de comestibles por una cuadra?

☐ Sí ☐ No

¿Puede tolerar la exposición al sol durante media hora?

☐ Sí ☐ No

¿La ceguera es la única discapacidad del niño? Si no, explique.

¿Cómo describiría el nivel de actividad de su hijo?

☐ Siempre en movimiento ☐ Mucha actividad física ☐ Moderadamente activo ☐ Actividades en interiores más tranquilas ☐ No le gusta ser activo



Blind Service Chicago
17 N State St. Suite 1050
Chicago, IL 60602
312-236-0808

¿Su hijo tiene alguna condición de comportamiento que pueda impedir la participación? Si respondió sí, explique.

¿Su hijo tiene restricciones dietéticas (vegetariano, vegano, intolerancia a la lactosa/gluten, alergia a nueces)? Si respondió sí, explique.

¿Su hijo tiene alguna alergia? Si respondió sí, explique.

¿Su hijo toma algún medicamento actualmente? Si respondió sí, explique.



Blind Service Chicago
17 N State St. Suite 1050
Chicago, IL 60602
312-236-0808

Cuotas y Transporte

Cuota de inscripción a Pathways

La inscripción anticipada (antes del 21 de mayo) tiene un costo de \$100 por solicitud. Después del 21 de mayo, la cuota es de \$120 por solicitud. Todos los cheques deben hacerse a nombre de Blind Service Chicago. Los pagos deben realizarse mediante cheque o giro postal.

Transporte

Para que su hijo califique para el transporte gratuito puerta a puerta, las solicitudes deben entregarse antes del 10 de junio. De lo contrario, la fecha límite de inscripción es el 18 de junio.

Aviso: Solicitamos la participación completa de su estudiante durante todo el programa. Retirarse antes de la fecha final sin una razón suficiente puede resultar en una cuota de \$100. Muchos estudiantes desean participar en este programa, pero debemos limitar el tamaño del grupo para garantizar una experiencia de calidad. Si su estudiante necesita ausentarse por cualquier motivo, avise al personal con anticipación.

Exención de Responsabilidad para Pathways

Exención de Responsabilidad para Pathways

Lo siguiente debe completarse y firmarse antes de que el estudiante pueda asistir a Pathways:

Por la presente, libero e indemnizo incondicionalmente a Blind Service Chicago ("BSC"), y a sus directivos, consejeros, ejecutivos, empleados, agentes, personas voluntarias y a cualquier persona que trabaje bajo, a través de o en conexión con BSC, con respecto a cualquier incidente, reclamación, suceso, pérdida, lesión o daño que pudiera surgir a raíz de o en relación con dicha participación, incluyendo, a título enunciativo y no limitativo: viajes hacia, desde y dentro de cualquier destino o lugar; el uso de toda instalación empleada en conexión con Pathways o cualquier parte del mismo; eventos sociales, culturales u otros (incluyendo, a modo de ejemplo y no limitación) excursiones y programas educativos; y cualquier otro evento o actividad en la que mi hijo pueda participar, esté o no relacionado con Pathways o BSC.

Por la presente, autorizo la administración de tratamiento médico y/o primeros auxilios a mi hijo por cualquier persona voluntaria y/o miembro del personal de BSC, así como por quienes transporten a mi hijo, según su mejor juicio. Autorizo a estas mismas personas a realizar las remisiones necesarias a médicos calificados para el tratamiento de enfermedades o accidentes de mayor gravedad. Entiendo que BSC intentará notificarme con prontitud en caso de cualquier enfermedad o accidente grave y antes de cualquier cirugía mayor, excepto cuando el



Blind Service Chicago
17 N State St. Suite 1050
Chicago, IL 60602
312-236-0808

retraso en dicha comunicación pudiera poner en peligro la vida, a criterio exclusivo de BSC. Autorizo al médico seleccionado por cualquier persona voluntaria y/o miembro del personal de BSC a hospitalizar, asegurar el tratamiento adecuado y ordenar inyecciones, anestesia o cirugía, si se considera necesario para mi hijo. En caso de enfermedad o lesión grave, autorizo la atención médica de emergencia para mi hijo. Deseo que mi hijo sea llevado al Centro Médico de Emergencias más cercano y que se notifique al médico indicado abajo.

Reconozco que firmo este documento con pleno conocimiento de su propósito y efectos, que he contado con asesoramiento legal de mi elección y que lo suscribo libre y voluntariamente, entendiendo que este instrumento no podrá ser modificado ni revocado salvo por escrito aprobado y firmado por mí. Con mi firma a continuación, acepto los términos indicados.

Nombre del médico / Teléfono / Dirección de la práctica

Nombre del médico	_____
Teléfono del médico	_____
Dirección de la práctica	_____

Firma del padre/madre/tutor y fecha

Firma	_____
Fecha	_____
Nombre del padre/madre/tutor (en letra de molde)	_____
Nombre del niño	_____



Blind Service Chicago
17 N State St. Suite 1050
Chicago, IL 60602
312-236-0808

Autorización de Uso de Fotografías

Autorización de Uso de Fotografías

Autorizo a BSC a tomar fotografías de mi hijo para su uso en la promoción de programas de BSC y de interés general para el bien común de la comunidad ciega y con baja visión.

Firma del padre/madre/tutor	_____
Fecha	_____



Blind Service Chicago
17 N State St. Suite 1050
Chicago, IL 60602
312-236-0808

Autorización para Compartir Información

Autorización para Compartir Información

Yo, _____, autorizo al/ a la (Nombre del padre/madre/tutor)

Maestro/a de recursos de _____ (Nombre del niño)

A divulgar toda la información solicitada en el formulario del maestro adjunto a BSC. Entiendo que la información se utilizará únicamente para determinar la elegibilidad de mi hijo para participar en el Programa de Verano Pathways.

Nombre del padre/madre/tutor (en letra de molde)	_____
Firma	_____
Fecha	_____



Blind Service Chicago
17 N State St. Suite 1050
Chicago, IL 60602
312-236-0808

Autorización para Compartir Información Escolar (TVI/OyM)

Autorización para Compartir Información Escolar (para formulario de TVI/OyM)

Autorizo al Maestro de Estudiantes con Discapacidades Visuales (TVI) de mi hijo y, si corresponde, al Especialista en Orientación y Movilidad (OyM) a compartir la información del Formulario de Información TVI/OyM con BSC para ayudar a determinar la elegibilidad y planificar los apoyos para Pathways.

Nombre del padre/madre/tutor (en letra de molde)	_____
Firma	_____
Fecha	_____

El formulario de TVI debe completarse y enviarse mediante la presentación en línea o enviarse por correo electrónico a gleopoldo@bsachicago.org



Blind Service Chicago
17 N State St. Suite 1050
Chicago, IL 60602
312-236-0808

BLIND SERVICE CHICAGO'S PATHWAYS PROGRAM

2026 Teacher Form

To be completed by the student's TVI/O&M teacher

Name of Student _____

VI Teacher's Name _____

VI Teacher's Email Address _____

Student's School _____

Address _____

City _____ St. _____ Zip _____

Phone _____

Current grade level of student _____

What is the student's visual acuity?

Left Eye _____

Right Eye _____

Does the student have or require a one-on-one aide? If yes, please explain.

Yes___ No___



Blind Service Chicago
17 N State St. Suite 1050
Chicago, IL 60602
312-236-0808

Has the student ever displayed behavioral problems with you, other adults, or peers? If yes, please explain.

Yes ___ No ___

Has the student ever displayed disruptive social emotional behavior? If yes, please explain.

Yes ___ No ___

Can this student travel independently inside buildings? If no, please explain.

Yes _____ No _____

Travel with a cane? Yes _____ No _____ (If no, please explain)

Please check the following:

Does the student enjoy playing with others?

Yes ___ No ___ Unknown ___

Like team projects:

Yes ___ No ___ Unknown ___

Like team sports:

Yes ___ No ___ Unknown ___

Show satisfactory academic performance?

Yes ___ No ___ Unknown ___



Blind Service Chicago
17 N State St. Suite 1050
Chicago, IL 60602
312-236-0808

Take initiative before being told what to do:

Yes ____ No ____ Unknown ____

Have a good attitude toward supervision?

Yes ____ No ____ Unknown ____

Easily follows instructions?

Yes ____ No ____ Unknown ____

Complete tasks in a reasonable amount of time:

Yes ____ No ____ Unknown ____

Rank the student's competency in the following areas.

Budgeting Good ____ Poor ____ Unknown ____

Task planning Good ____ Poor ____ Unknown ____

Task completion Good ____ Poor ____ Unknown ____

Mobility Good ____ Poor ____ Unknown ____

House cleaning Good ____ Poor ____ Unknown ____

Hygiene Good ____ Poor ____ Unknown ____

Team sports Good ____ Poor ____ Unknown ____

Physical exercise Good ____ Poor ____ Unknown ____

Overall maturity Good ____ Poor ____ Unknown ____

Signature of VI Teacher: _____

Date: _____