

NIKO - 15 al 19 de abril, 2019

(para jóvenes de 15 al 25+ años de edad)

Un Ministerio de Juventud Con Una Misión, Santiago, República Dominicana



Apreciado(a) Solicitante:

Estamos muy contentos al saber de tu interés en participar en los 5 días de sobre vivencia en NIKO, un ministerio de Juventud Con Una Misión. El mismo se llevará a cabo el 15 al 19 de abril, 2019 en Santiago, República Dominicana. *(Tenemos otro NIKO planificado para el 25 al 29 de abril, 2019.)*

Nosotros como “staff” estamos convencidos de que los jóvenes tengan un papel muy importante en el cumplimiento del plan de Dios para éste siglo. Estamos en busca de jóvenes y adolescentes que genuinamente quieren conocer mejor a Dios y que le amen de todo corazón.

Este no es un tiempo de diversión ni de entretenimiento. Lee esa frase nuevamente por favor! El NIKO está dirigido a que desarrolles carácter cristiano, llegues a conocer a Dios íntimamente para darlo a conocer a otros y te llegues a conocer mejor a ti mismo. Para poder lograr nuestros objetivos contamos con un horario intenso. Se levantan bien temprano y cada hora del día está programada.

Te estamos enviando la Solicitud de Participación para que la completes y la devuelvas a JUCUM Santiago, **lo mas pronto posible (antes del 15 de marzo seria bueno) con un deposito no-reembolsable de \$1500 pesos** lo cual representa un adelanto del costo total de NIKO que es de \$4000 pesos. **NO** aceptamos solicitudes incompletas.

Los siguientes formularios forman parte de la solicitud:

- 1- Historial de Salud
- 2- Examen Médico
- 3- Consentimiento del Padre/Madre ó Encargado para menores de 20 años

El procedimiento consiste de los siguientes pasos:

1^{ro} Somete tu solicitud con el Historial de Salud y el Consentimiento, y el deposito. No envíes tu solicitud sin los formularios llenos y firmados, porque estará incompleta y no será considerada.

2^{do} Hay cupo limitado del NIKO, así que te avisaremos antes del 25 de marzo si estás aceptado/a o no. ***Una vez recibas la notificación de tu aceptación es necesario que envíes el resto del pago \$2500 antes del 1 de abril.*** También te mandaremos la lista de cosas para traer. Obviamente si el cupo esta lleno el deposito se devuelve.

El NIKO se dará comienzo **el lunes, 15 de abril, 2019 a las 9:00 A.M. en JUCUM, Santiago, RD.** Son cinco días de desafío, muy intensos, dedicados a la enseñanza espiritual, a desarrollar destrezas en la toma de decisiones, a trabajar en equipo y servir a otros. Terminaremos con una graduación a las 4pm el viernes, 19 de abril, 2019.

Dios te bendiga.

En su servicio,

Kayla Wahl

de parte de los staff de NIKO y de JUCUM Santiago
829 961 5944

Email: nikojucumrd@gmail.com

República Dominicana – NIKO **15-19 de abril, 2019**
INFORMACION PERSONAL – (para ser llenada por el solicitante)

IMPORTANTE
Por favor anexe
aquí

TU FOTO
RECIENTE

Nombre _____ Sexo _____
Nombre Apellido Paterno Apellido Materno

Ciudad de Residencia: _____

Teléfono () _____ () _____ E-mail: _____
Residencia Celular

Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____ Edad _____
Día / mes / año Pueblo País

País de Ciudadanía _____

Estado Civil: Soltero Comprometido Casado Divorciado

Talla de T-shirt/Polo de niño: __8-10 __10-12 __14-16 de adulto: __S __M __L

PERSONAL

JUCUM opera como una familia. Por tal motivo no permitimos relaciones entre niño-niña, joven-señorita o grupitos. ¿Aceptas el criterio de los líderes en esta área? Si No

JUCUM se reserva el derecho de admisión de no cumplir con los requisitos antes mencionados.
Prohibimos traer aparatos y / o celulares al adiestramiento.

EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR A:

Nombre _____ Parentesco _____
Nombre Apellido

Dirección : _____
País Código Postal

Teléfono () _____ () _____ () _____
Residencia Celular Trabajo

INFORMACION DE SU IGLESIA

Iglesia a la que pertenece _____

Dirección _____

Nombre del Pastor _____ Teléfono _____

¿Cuánto tiempo hace que asiste a esa iglesia? _____

(Necesitas la firma de tu pastor)

Como pastor estoy de acuerdo que el/ella participe en el NIKO: _____

EDUCACION

Grado _____ Escuela _____ Teléfono _____

Principal de Escuela _____ ¿Tu idioma natal? _____ ¿Qué otro idiomas
que conversa con fluidez? _____ (aveces los que hablen ingles de fluidez seria parte de un grupo
pequeño ingles)

Habilidades y Talentos: __música __baile __teatro __deportes __primeros auxilios __otros _____

EXPERIENCIA PREVIA CON JUCUM Ó KING'S KIDS/SUYO

¿Ha participado en algún viaje misionero o algún programa de adiestramiento ofrecido por JUCUM ó King's Kids/
Suyo? __Sí __No Especifiqué: NIKO __ DTS__ Adiest. King's Kids/Suyo ____ ¿Qué año _____

¿Dónde? _____ Nombre del líder: _____

¿Cómo conociste de este adiestramiento? ¿Quién te refiere? _____

AUTO EVALUACIÓN

Nos gustaría saber cómo piensas de ti mismo. Eres:

Conversador / franco amigable / extrovertido excesivamente callado tímido / simpático solitario

Cuando te levantas por las mañanas, la mayoría de los días estás:

Con mucha energía Contento humor variable irritable (mal humor) gruñón

Si tu mamá te pide hacer algo, generalmente:

Lo haces y preguntas si hay algo más que hacer; lo haces enseguida dices lo haré, pero lo olvidas

Terminas lo que estás haciendo y luego vas preguntas: ¿por qué tengo que ser yo?

Generalmente mantienes tu cuarto:

Inmaculado limpio, pero cómodo moderadamente desordenado zona de desastre

Si algo que tú esperabas no sucede, ¿qué haces?

Te sientes mal por mucho tiempo Pretendes que no te importa te enojas, pero se te pasa rápido te quejas

Si pudieras cambiar algo en tu vida, ¿qué cambiarías? ¿Por qué?

Historial De Salud

(A ser cumplimentado por el solicitante)

Nombre: _____

Peso: _____ Estatura : _____

Nombre Médico Primario : _____ Teléfono : _____

Plan Médico Primario : _____ Número de contrato: _____

Favor de marcar **Si** o **No** a las siguientes preguntas. Sus contestaciones serán estrictamente confidenciales.

1- ¿Se encuentra en buena salud? Si No

2- ¿Está bajo tratamiento médico? Si No

Si es afirmativo, especifique condición y tratamiento _____

3- ¿Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades? Haga una marca de cotejo (✓) Haga una marca de "x" si lo tuviste en los últimos seis meses

<input type="checkbox"/> Válvulas artificiales, válvulas defectuosas	<input type="checkbox"/> Se orina en la cama
<input type="checkbox"/> Soplo, defectos congénitos del corazón	<input type="checkbox"/> Erupciones en la piel
<input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares (ataques, presión alta, coronarias)	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho cuando se ejercita	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Se queda corto de respiración	<input type="checkbox"/> Hepatitis ¿Cuál? : _____
<input type="checkbox"/> Utiliza marcapaso artificial	<input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/> Alergias; Explique : _____	<input type="checkbox"/> Úlceras estomacales
<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> Gastritis
<input type="checkbox"/> Problemas en los riñones	<input type="checkbox"/> Mareos
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Hipoglicemia
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Dolores abdominales
<input type="checkbox"/> Sangra o se le forman moretones	<input type="checkbox"/> Dieta especial ¿cuál? _____
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Se fatiga cuando se ejercita

4- ¿Utiliza algunos de los siguientes?

Zapatos especiales Ayuda auditiva Otros : _____

5- ¿Hace ejercicios? Si No ¿Cuál? : _____ ¿Cuántas horas al día? _____

6- ¿Está tomando alguno de los siguientes medicamentos? Haga una marca de cotejo (✓)

Antibiótico Tranquilizantes Medicinas para la presión
 Cortisona Aspirina Insulina
 Otros : _____

7- ¿Es alérgico a los siguientes medicamentos? (Haga una marca de cotejo)

Insulina Aspirina Codeína Penicilina
 Antibióticos especifique : _____ Otros: _____

8- Tipo de sangre : _____

9- Si es mujer : ¿Estás embarazada? Si No ¿Tiene problemas con su ciclo menstrual? Si No

¿Toma pastillas anticonceptivas? Si No ¿Toma medicamento para el dolor menstrual? Si No

Especifique: _____

10- ¿Tiene alguna condición médica no especificada anteriormente y que requiera evaluación médica frecuente?

Si No Explique _____

Certifico que esta información es correcta. La misma será utilizada para mi propio beneficio en estricta confidencialidad por el personal asignado a tales propósitos. En caso de error u omisión de la información suministrada por mi en esta solicitud, no responsabilizaré a JUCUM ni a su personal por cualquier reacción física, daño físico ocurrido o acción disciplinaria que sea necesario tomar. JUCUM se reserva el derecho de admisión o suspensión de no cumplir con los requisitos antes mencionados.

Firma del participante / fecha

Firma de los Padres y/o Encargados / fecha

DATOS DE FAMILIA

Las siguientes preguntas se hacen con el único propósito de conocerte. No pretenden evaluarte para fines de aceptación. Te pedimos que seas completamente honesto y sincero.

1. ¿Vives con ambos padres? Si No

Si la respuesta es **No**, explique por favor: _____

¿Ambos padres son cristianos? Si No

Si la respuesta es **No**, explique por favor: _____

2. ¿Cómo te llevas con las siguientes personas?

Padre _____ muy bien ___ bien ___ regular _____ mal
Madre _____ muy bien ___ bien ___ regular _____ mal
Hermanos _____ muy bien ___ bien ___ regular _____ mal

3. Si pudieras cambiar algo en tu relación con tus padres, ¿qué cambiarías? _____

4. Nombre de tu papá: _____ Ocupación: _____

Nombre de tu mamá: _____ Ocupación: _____

MI RELACIÓN CON DIOS

¿Has invitado a Cristo a morar en tu corazón? Si No

¿Cómo y cuándo? _____

Si pudieras cambiar algo en tu relación con Dios, ¿Que cambiarías? _____

EXAMEN MEDICO

A ser cumplimentado por el Médico

_____ ha solicitado participar en un adiestramiento

Nombre del solicitante

de Juventud Con Una Misión, que conlleva un horario y actividades intensas por lo cual se requiere buena salud. Esta evaluación será tomada en cuenta para su aceptación dada la naturaleza de la intensidad de actividades.

	Normal	Anormal	Explique
Cabeza			
Oidos			
Nariz			
Garganta			
Cuello			
Torax			
Cardiovascular			
Pulmones			
Abdomen			
Genito-Urinario			
Músculo esquelético			
Neurológico			
Piel			

¿Sufre alguna enfermedad contagiosa? _____

¿Está tomando algún medicamento? ¿Cuál? ¿Para qué condición? _____

¿Está en capacidad de llevar a cabo intensas rutinas de baile y/o aeróbicos de 3-6 hrs. diariamente?

Si ____ No ____ Explique de ser necesario _____

¿Está en capacidad de llevar a cabo intensas rutinas de ejercicios y entrenamiento para jugar baloncesto de 3-6 hrs. diariamente?

Si ____ No ____ Explique de ser necesario _____

Nombre del Médico _____ Lic.# _____

Firma y sello del Médico _____

Dirección del Médico _____

Teléfono del Médico _____

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PADRE/ MADRE
PARA MENORES DE 20 AÑOS**

(para los mayor de 20 años por favor firmalo donde dice "padre")

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo/Nosotros autorizamos tratamiento médico, y/u operación y/o aplicación de anestesia para nuestro hijo/a, _____ en caso de ser necesario y en opinión del Médico que intervenga con el/ella. Yo/Nosotros, por este medio autorizamos a los líderes de Juventud Con Una Misión de Santiago, República Dominicana, Tobias Wahl y Kayla Wahl o al funcionario pertinente de esa organización a tomar cualquier decisión médica en representación nuestra, a su mejor discreción, mientras mi hijo/a participa de las actividades del campamento NIKO un ministerio de Juventud Con Una Misión.

Padre(s) y/o	_____	_____	____/____/____
Encargado:	Nombre	Firma Padre o Encargado	día mes año
	_____	_____	____/____/____
	Nombre	Firma Madre o Encargada	día mes año

CONSENTIMIENTO PARA DISCIPLINA

Si mi hijo(a) _____ violara los estándares de compromiso de Juventud Con Una Misión al punto que la corrección mediante la disciplina fuera necesaria, yo/ nosotros por este medio autorizamos al liderato y staff de Juventud Con Una Misión a administrar la disciplina que estimen apropiada. Yo/ Nosotros autorizamos al liderato antes mencionado a llamarnos por teléfono con cargos revertidos (collect), para determinar algún otro paso de disciplina que se estime necesario. Y si no se percibe un cambio claro en su forma de responder a la disciplina, estoy/ estamos autorizando al liderato que de ser necesario se envíe de regreso a mi hijo(a) al hogar, sin derecho a reembolso alguno del costo del campamento.

Padre(s) y/ o	_____	_____	____/____/____
Encargado:	Firma Padre o Encargado (Con custodia legal)	Firma Madre o Encargada (Con custodia legal)	día mes año

CONSENTIMIENTO Y ACUERDO

Yo/Nosotros otorgamos autorización a mi/nuestro hijo(a) _____ para participar en el campamento NIKO auspiciado por Juventud Con Una Misión. Entendemos que su participación es voluntaria y que cuenta con la condición física necesaria para someterse a la actividad y horario intenso que conllevan tal campamento. Por la presente relevo a JUCUM, sus oficiales, servidores, asistentes y sus instituciones de cualquier responsabilidad legal que pudiese resultar como consecuencia de accidente, daño, herida o pérdida que le ocurra a mi hijo/a durante el transcurso de su asistencia o participación en el campamento con JUCUM. No voy/ vamos a responsabilizar a JUCUM Santiago, República Dominicana por pérdidas, robo o daño a sus pertenencias en el alojamiento provisto por JUCUM.

_____	____/____/____
Firma de Padre y/o Encargado	día mes año
_____	____/____/____
Firma de Madre y/o Encargado	día mes año
_____	____/____/____
Firma de Solicitante	día mes año