



## Tobyhanna Athletic Association

PO Box 276

Tobyhanna, PA 18466

Telephone: 570-972-1276

Website – <http://www.tobyhannalittleleague.org>



*PRECAUCIÓN:* El equipo de protección no puede prevenir todas las lesiones que un jugador podría recibir al practicar Béisbol /Softbol.

### **LO QUE LOS PADRES DEBEN SABER ACERCA DEL SEGURO DE LAS PEQUEÑAS LIGAS**

El Programa de Seguro de las Pequeñas Ligas está diseñado a producir protección a todos los participantes al costo más económico a la liga local. La Política de Accidentes del Jugador de las Pequeñas Ligas es un plan de cobertura extra solo para accidentes, para usar como suplemento para otros seguros llevados bajo las políticas de una familia o seguro proporcionado por el empleador del padre. Si no existe cobertura primaria, el seguro de las Pequeñas Ligas le proporcionará beneficios por cambios elegibles, hasta permisos Usuales y Acostumbrados para su área, después de un deducible de \$50.00 por reclamo, hasta el máximo de beneficios indicado.

Este plan hace posible ofrecer protección excepcional y alcanzable asegurando a los padres quienes su cobertura adecuada están en función para todos los eventos y programas aprobados por las Pequeñas Ligas asegurados.

Si su hijo tiene una lesión cubierta mientras forma parte de un juego o práctica programada de las Pequeñas Ligas de Béisbol o Softbol, así es como funciona el seguro:

1. Se debe completar el formulario de notificación de accidente de las Pequeñas Ligas de Béisbol por los padres (si el demandante es menor de 19 años) y un oficial de la liga y dirigido directamente a la Sede de las Pequeñas Ligas dentro de 20 días después del accidente. Se debe sacar una copia del formulario y lo debe mantener el padre/demandante. Se debe iniciar el tratamiento médico/dental dentro de 30 días del accidente de la Pequeña Liga.

2. Facturas detalladas, incluyendo la descripción del servicio, fecha del servicio, procedimiento y códigos de diagnósticos para servicios/provisiones médicas y/u otra documentación relacionada a un reclamo por beneficios deben proporcionarse dentro de 90 días después del accidente. De ninguna manera tal prueba debe proporcionarse después de 12 meses a partir de la fecha inicial en que incurrió el gasto médico.

3. Cuando está presente otro seguro, los padres o el demandante debe dirigir copias de la Explicación de Beneficios o Notificación/Carta de Negación de cada cargo directamente a la Sede de las Pequeñas Ligas, aún si los cargos no exceden el deducible del programa de seguro principal.

4. La política proporciona beneficios para gastos médicos elegibles incurridos dentro de 52 semanas del accidente, sujetos a provisiones de Cobertura Excesiva y Exclusión del plan.

5. Beneficios médicos/dentales limitados diferidos pueden estar disponibles para tratamiento necesario después del límite de 52 semanas cuando:

- (a) Los beneficios médicos diferidos aplican cuando es necesario un tratamiento requerido para quitar un clavo/placa, aplicada para reconstruir un hueso al año de lesión, o para quitar una cicatriz, se requiere después del límite de 52 semanas. La Compañía pagará el Gasto Razonable incurrido, sujeto al límite máximo de \$100,000 de la Política para cualquier lesión a cualquier asegurado. Sin

embargo, en ningún caso se pagará a ningún beneficiario bajo esta provisión por cualquier gasto incurrido más de 24 meses desde la fecha en que ocurrió la lesión.

(b) Si el asegurado incurre una lesión, a los dientes naturales sanos y requiere un Tratamiento Necesario para esa lesión y se pospone a una fecha mayor a 52 semanas después de la lesión debido a, pero no limitado a, los cambios fisiológicos de un niño en crecimiento, la Compañía pagará al menos:

1. Un máximo de \$1.500 o
2. Gastos razonables incurridos por el tratamiento dental diferido.

Gastos Razonables incurridos por el tratamiento dental diferido solo se cubren si se incurren durante o antes el 23avo cumpleaños del asegurado. Gastos Razonables incurridos por terapia de tratamiento de endodoncia diferido solo se cubren si se incurren dentro de 104 semanas después que ocurrió la lesión.

No se hará ningún pago por tratamiento diferido a menos que el Médico entregue un certificado escrito, dentro de 52 semanas después del accidente, que el tratamiento se debe posponer por las razones antes declaradas.

Los beneficios se pueden pagar sujetos a la Cobertura Excesiva y las provisiones de Exclusiones de la Política.

Esperamos que este resumen escrito haya sido de ayuda para el mejor entendimiento de un importante aspecto de la operación del programa de seguro aprobado de las Pequeñas Ligas.

**Little League®**  
**Béisbol y Softbol**  
**Revelación Médica**

NOTA: A llevarse a cabo por cualquier Temporada Regular o Dirigente del Equipo del Torneo junto con el roster del equipo o declaración jurada de elegibilidad.

Jugador: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la Liga: \_\_\_\_\_ Número de Identidad: \_\_\_\_\_

Autorización del Padre o Tutor:

En caso de emergencia, si no se puede llegar al médico familiar, Yo, por la presente autorizo que mi hijo sea tratado por el Personal de Emergencia Certificado. (es decir, TME, Primeros Auxilios, Médico de Emergencia)

Médico Familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Hospital de Preferencia: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia contactar a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre Teléfono Relación con el Jugador

\_\_\_\_\_  
Nombre Teléfono Relación con el Jugador

Por favor liste cualquier alergia/problema médico, incluyendo aquellos que requieran medicamentos permanentes. (es decir, Diabético, Asma, Trastorno de Convulsión)

Diagnóstico Médico	Medicamentos	Dosificación	Frecuencia de Dosificación

El propósito de la información listada arriba es asegurar que el personal médico tenga detalles de cualquier problema médico el cual pueda interferir con o alterar el tratamiento.

Fecha de la última dosis de refuerzo de toxina del tétano:

\_\_\_\_\_

Sr./Sra./Srta. \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor Autorizado

PRECAUCIÓN El equipo de protección no puede prevenir todas las lesiones que un jugador podría recibir durante la participación en Béisbol/Softbol.

Las Pequeñas Ligas no limita la participación en sus actividades sobre una base de discapacidad, raza, color, credo, origen nacional, género, preferencia sexual o religiosa.

Mis documentos/provisiones de la liga/2005/formulario de revelación médica

## **Muestra del Código de Conducta**

# **Código de Conducta de los Entrenadores**

## **CÓDIGO DE CONDUCTA – Los entrenadores son Modelos a Imitar**

*“Nuestras Pequeñas Ligas están en el proceso de preparar un boletín para los entrenadores indicando el Código de Conducta de los Entrenadores. Pensé antes en uno de los boletines de la ASAP, vi uno pero no puedo encontrarlo. Nuestra liga local está preparando un boletín sobre esto y sería de ayuda si las Pequeñas Ligas ya tuvieran alguna información sobre esto e ideas adicionales para que se maneje y firme una lista por los Dirigentes y Entrenadores así como su conducta durante los juegos y prácticas para ayudar a guiarlos.*

**George Colby**

**Easton, Conn., Pequeñas Ligas, Distrito 2**

*Notas del Editor: Este es un Código de Conducta que es utilizado en muchos planes de seguridad. En la página siguiente (pág. 8) está un Código de Conducta del Voluntario que sirve como un aviso del rol importante que los entrenadores y dirigentes tienen en el desarrollo de personas jóvenes. Esto enfatiza que los deportes deberían ser sobre diversión, ejercicio físico y desarrollo del carácter, y no ganar.*

**Límite de Velocidad de 5 mph** en calzadas y estacionamientos mientras asiste a cualquier \_\_\_\_\_ función de las Pequeñas Ligas. Observe a los niños pequeños alrededor de los carros parqueados.

El **Alcohol no** es permitido en ningún parqueadero, campo o áreas comunes dentro del \_\_\_\_\_ complejo de las Pequeñas Ligas.

**Fumar o los productos de tabaco** de cualquier tipo (incluyendo tabaco masticable) **no** es permitido en ninguna de las áreas comunes dentro del \_\_\_\_\_ complejo de las Pequeñas Ligas.

**No jugar en los parqueaderos** en cualquier momento. No jugar dentro o alrededor del equipo de césped/mantenimiento.

**La blasfemia no es permitida en ningún parqueadero, campo o áreas comunes dentro del \_\_\_\_\_ complejo de las Pequeñas Ligas.**

**No cruzar los bates** o lanzar pelotas de béisbol en ningún momento dentro de los pasajes y áreas comunes del complejo de las Pequeñas Ligas.

**No lanzar pelotas contra los dogaos** o contra los respaldares.

**No lanzar rocas** y no subir cercas. Solamente un jugador en el campo y en el bate puede cruzar un bate (Edades 5 - 12).

**Observe a todos los letreros puestos.** Los jugadores y espectadores deberían estar alerta en todo momento a las Bolas en Territorio Malo y Lanzamientos Errantes.

Durante el juego, los jugadores deben permanecer en el área de dogao de una manera ordenada en todo momento.

Después de cada juego, cada equipo debe limpiar la basura en el dogao y alrededor de los puestos.

Todas las entradas al campo deben permanecer cerradas en todo momento.

Después que los jugadores hayan entrado o dejado el campo de juego, las entradas deberían cerrarse y asegurarse.

**Los niños menores de 16 años** no están permitidos en las cafeterías.

El no cumplir con lo arriba expuesto puede resultar en expulsión del \_\_\_\_\_ campo de las Pequeñas Ligas o complejo.

**Tobyhanna Athletic Association (TAA)**

**Photo Release Form**

**TAA** may include photos of players, coaches, umpires, board members, fans and any other persons who may be participating in a TAA event or activity on its website. Though the names of adults may be used along with the picture, it is our policy that the names of players will not be posted in association with any picture.

\_\_\_\_\_ We/I hereby give permission for TAA to use photos only *without* name on TAA website and other electronic forms of communication.

\_\_\_\_\_ We/I hereby *do not* give permission for TAA to use photos on TAA websites and other electronic forms of communication.

We/I understand that we/I may revoke this consent at any time by providing written notification to the Tobyhanna Athletic Association League Information Officer.

Player's Name: \_\_\_\_\_

Parent or Guardian Signature:

\_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



# Little League® Volunteer Application - 2010

Do not use forms from past years. Use extra paper to complete if additional space is required

A COPY OF VALID GOVERNMENT ISSUED PHOTO IDENTIFICATION MUST BE ATTACHED TO COMPLETE THIS APPLICATION.

Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Cell Phone \_\_\_\_\_ Business Phone \_\_\_\_\_

Email Address \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_

Occupation \_\_\_\_\_

Social Security # (optional; mandatory upon request) \_\_\_\_\_

Employer \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Special professional training, skills, hobbies: \_\_\_\_\_

Community affiliations (Clubs, Service Organizations, etc.): \_\_\_\_\_

Previous volunteer experience (including baseball/softball and year): \_\_\_\_\_

Do you have children in the program? Yes  No  If yes, list full name and at what level? \_\_\_\_\_

Special Certification (i.e. CPR, Medical, etc.): \_\_\_\_\_

Do you have a valid driver's license: Yes  No

Driver's License#: \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_

Have you ever been convicted of or plead guilty to any crime(s): Yes  No

If yes, describe each in full: \_\_\_\_\_

Have you ever been refused participation in any other youth programs? Yes  No

If yes, explain: \_\_\_\_\_

In which of the following would you like to participate? (Check one or more.)

- League Official       Coach       Umpire       Field Maintenance
- Manager       Scorekeeper       Concession Stand       Other

Please list three references, at least one of which has knowledge of your participation as a volunteer in a youth program:

Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

As a condition of volunteering, I give permission for the Little League organization to conduct a background check on me, which may include a review of sex offender registries, child abuse and criminal history records. I understand that, if appointed, my position is conditional upon the league receiving no inappropriate information on my background. I hereby release and agree to hold harmless from liability the local Little League, Little League Baseball, Incorporated, the officers, employees and volunteers thereof, or any other person or organization that may provide such information. I also understand that, regardless of previous appointments, Little League is not obligated to appoint me to a volunteer position. If appointed, I understand that, prior to the expiration of my term, I am subject to suspension by the President and removal by the Board of Directors for violation of Little League policies or principles.

Applicant Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Applicant Name (please print or type) \_\_\_\_\_

NOTE: The local Little League and Little League Baseball, Incorporated will not discriminate against any person on the basis of race, creed, color, national origin, marital status, gender, sexual orientation or disability.

### Local League Use Only:

Background check completed by league officer \_\_\_\_\_

on \_\_\_\_\_

System(s) used for background check (minimum of one must be checked):

Sex Offender Registry  Criminal History Records  \*Choicepoint

\*Please be advised that if you use Choicepoint and there is a name match in the few states where only name match searches can be performed you should notify volunteers that they will receive a letter directly from Choicepoint in compliance with the Fair Credit Reporting Act containing information regarding all the criminal records associated with the name, which may not necessarily be the league volunteer.

Only attach to this application copies of background check reports that reveal convictions of this applicant.