

Formulario de información para miembros

Para Uso de la Oficina Solamente



**BOYS & GIRLS CLUBS
OF ELKHART COUNTY**

102 W. Lincoln Ave., Ste.240 | PO Box 614 | Goshen, IN 46527
Phone: 574.534.5933 | Fax: 574.537.1925
www.bgcelkhartcounty.org

Date Recvd: _____	Receipt: _____
Staff Int.: _____	Check#: _____
YES Entry: _____	Cash: \$ _____
Staff Int.: _____	Pd By CC: _____
School Year: _____	Scholarship : _____ (Staff Int.)
	Member ID#: _____

Información de contacto, favor de escribir en letra de molde

Nombre del Niño: _____		Segundo Nombre del Niño (si tiene) _____		Apellidos del Niño: _____	
Nombre de la persona con quien vive el menor: _____			Número de teléfono de casa / celular _____		
Dirección de la casa: _____		Ciudad y estado: _____		Código postal: _____	
Contacto de emergencia: _____	Teléfono de emergencia : _____	Parentesco con el menor: _____		Género: F / M	
Dirección de correo electrónico/email: _____				¿Sabe nadar el menor? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

Información demográfica

<p>Género: <input type="checkbox"/> Femenino Fecha Nac. ____/____/____ <input type="checkbox"/> Masculino Edad: _____</p> <p>Año escolar: _____ Escuela que asiste actualmente: _____</p> <p>¿A cuál Boys & Girls Club va a asistir? Por favor marque uno.</p> <p><input type="checkbox"/> Boys & Girls Club de Elkhart <input type="checkbox"/> Boys & Girls Club de Goshen <input type="checkbox"/> Boys & Girls Club de Middlebury <input type="checkbox"/> Boys & Girls Club de Nappanee</p> <p>Afiliación: Nueva: _____ Renovación: _____ # de años de afiliación previa _____</p>	<p>Origen Étnico: (favor trazar círculo en uno)</p> <p>Afro Americano Árabe Asiático Anglo Hispano Multirracial Ruso Otro</p> <p>Adultos principales que viven con el menor</p> <p><input type="checkbox"/> solamente madre <input type="checkbox"/> solamente padre <input type="checkbox"/> 1/padre/1-padraastro o madrastra <input type="checkbox"/> abuelos <input type="checkbox"/> ambos padres <input type="checkbox"/> niño/a bajo tutela legal</p> <p>Número total de personas en casa: _____</p>
---	--

Padre/Madre/Guardian

Nombre del padre: _____	Apellidos del padre: _____	Tel. del empleo del padre: _____
Empleador del padre: _____	En qué trabaja el padre: _____	Teléfono celular del padre: _____
Nombre de la madre: _____	Apellidos de la madre: _____	Tel. del empleo de la madre: _____
Empleador de la madre: _____	En qué trabaja la madre: _____	Teléfono celular de la madre: _____
Nombre del tutor legal: _____	Apellidos del tutor legal: _____	Tel. del empleo del tutor legal: _____
Empleador del tutor legal: _____	En qué trabaja el tutor legal: _____	Teléfono celular del tutor legal: _____

Emergencia Médica:

Necesidades especiales o problemas de salud (por favor explique en caso afirmativo)

Medicamentos:

Médico del menor / número de teléfono:

Confidencial: La siguiente información es necesaria para nuestros registros y para los fondos que recibe nuestra organización. Las respuestas que usted provee son completamente confidenciales. Agradecemos de antemano su colaboración al brindar esta información esencial para nuestro programa.

Ingreso Familiar Anual: (favor de marcar uno)

<input type="checkbox"/>	\$9,000 o menos
<input type="checkbox"/>	\$9,001- \$12,000
<input type="checkbox"/>	\$12,001 - \$15,000
<input type="checkbox"/>	\$15,001 - \$19,000
<input type="checkbox"/>	\$19,001 - \$23,000
<input type="checkbox"/>	\$23,001 - \$28,000
<input type="checkbox"/>	\$28,001 - \$33,000
<input type="checkbox"/>	\$33,001 - \$42,000
<input type="checkbox"/>	\$42,001 - \$45,000
<input type="checkbox"/>	Más de \$45,000

Programas de asistencia- Por favor marque todas las que correspondan

<input type="checkbox"/>	Cupones de alimentos
<input type="checkbox"/>	Almuerzo gratis/precio reducido
<input type="checkbox"/>	Medicaid
<input type="checkbox"/>	Medicare
<input type="checkbox"/>	Programa SSI
<input type="checkbox"/>	Programa TANF

Yo, el padre/madre/tutor legal del niño listado en esta solicitud, por mi parte y por mis herederos, ejecutores y administradores, por medio de la presente, libero y exonero al Boys & Girls Club of Greater Goshen, Boys & Girls Club of Elkhart, Boys & Girls Club of Goshen, Boys & Girls Club of Nappanee, Boys & Girls Club of Middlebury, y Boys & Girls Clubs of America, junto con sus representantes, sucesores, aseguradores, apoderados o cualquier otra persona o entidad asociada con cualquiera de las organizaciones aquí nombradas, tales como personal, directores o voluntarios, de toda responsabilidad, reclamo, demanda o causa legal por cualquier y todo pérdida, daño, lesión o muerte y de cualquier demanda por daños y perjuicios que resultara del uso de las instalaciones propias o controladas por las organizaciones arriba nombradas, o de la participación en las actividades de dichas organizaciones, ya sea dentro o fuera del Club.

Le doy permiso al Boys & Girls Club de buscar ayuda médica de emergencia si yo no puedo llegar. Yo seré responsable de cubrir el costo de toda atención médica o tratamiento.

Le doy permiso al Boys & Girls Clubs de Elkhart County y/o Las escuelas comunitarias del condado de Elkhart y/o Las escuelas comunitarias de Concord y/o las escuela comunitarias de Wa-Nee y/o Las escuelas comunitarias de Middlebury y/o las escuelas comunitarias de Goshen para el intercambio de información con respecto al menor mencionado en esta solicitud. El propósito del intercambio de información es para ayudar a ambas organizaciones a realizar un mejor trabajo y ayudar a los estudiantes a tener éxito en la escuela, en el Boys & Girls Club y en la vida en general. Esta exoneración es válida por un año y puede ser revocada en cualquier momento comunicándose por escrito con las escuelas de Elkhart, Concord, Wa-Nee, Middlebury o Goshen y/o con el Boys & Girls Club.

Doy mi consentimiento para el uso de las fotografías en las que mi hijo pueda aparecer.

Yo comprendo que el Boys & Girls Club no se hace responsable de cosas perdidas, extraviadas, ni robadas.

He leído y llenado esta solicitud, entiendo las reglas del Boys & Girls Club y solicito que mi hijo sea aceptado como miembro del club.

Firma del Padre/Madre/Tutor legal

fecha: _____/_____/_____
Date

Firma del menor

fecha: _____/_____/_____
Date