



Solicitud de Membrecía

Fecha: _____

Nombre: _____

Apodo/Preferido _____

Fecha de nacimiento: _____ - _____ - _____ Edad: _____

Se requiere prueba de edad para los miembros de 6 y 7 años

Genero: Hombre Mujer Trans Male Trans Female Gender Queer/Non-conforming Other

Raza/ Identidad étnica (seleccione todas las que correspondan)

- Indio americano o nativo de Alaska
- Hispano o Latino
- Asian
- Blanco
- Negro o afroamericano
- Bi-Racial
- Del Medio Oriente o del norte de África
- Multi-Racial
- Hawaiano nativo u otras islas del Pacífico
- Otro: _____

Esta el miembro in Foster Care? Si No

Informacion sobre ano escolar de 2019/2020

Nombre de escuela: _____ Grado _____ Maestro/a: _____

¿Recibe su hijo apoyo adicional en la escuela/ comunidad? (seleccione todas las que correspondan)

- Individualized Education Plan (IEP)
- 504 (accommodation)
- Speech Coach
- Meets with School or Private Counselor
- Other: _____

Informacion de medical/salud

Allergias

Comida: Cacajuates Nueces de arbol Dairy/Lactose Soy Gluten Mariscos huevo Otro: _____

Medicina: Penicilina Aspirin Amoxicilina Otro: _____

Ambiental: Picaduras de abeja Polen Polvo Mojo Pasto

Other: Latex Perfume / Colognes Lotions Other: _____

Su hijo/a usa un Epipen? No Si _____

Condiciones Medicas

- Asma
- Diabetes
- Discapacidad auditiva
- Ceguera
- ADHD
- Autismo
- Convulsiones
- Ansiedad / Depresión
- Other: _____

Su hijo/a usa un inhalador? Yes No Su hijo/a usa insulina? Si No

** SOLO INFORMACION JUVENIL **

SOLO INFORMACION JUUVENIL

Su hijo/a se auto administra la medicación? Si No Si es así, que medicamento? _____

Por favor de listar cualquier limitación física, mental o medical de su hija/o abajo y comentar sobre ellos con empleados al presentar su solicitud

Aseguransa

Insurance Carrier _____ Numero de grupo _____

Numero de polica _____

BGCSC se compromete a proporcionar a la juventud una oportunidad plena e igual disfrute de la experiencia del Club. Nuestro objetivo es aprender tanto como sea posible sobre nuestros miembros para hacer adaptaciones razonables o apoyo para asegurar su éxito en el Club. Si su hijo tiene problemas de comportamiento graves o circunstancias especiales que implican preocupaciones físicas, médicas o psicológicas, el Director del Club debe ser notificado de este alojamiento tan razonable pueden ser considerados. Por favor indique cualquier circunstancia

INORMACION DEL PADRE O GUARDIAN

Head of Household

Relacion a miembro (circle): Madre, Padre, Padrastro/madrastra, tía, tío, Hermana, hermano, primo/prima abuelo/abuela FosterParent

Nombre: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Codigo Postal: _____

Cellular: _____

Numero de trabajo: _____

Numero de casa: _____

Correo electronico: _____

Empleador: _____

Parent/Guardian 2

Relationship to Member (circle): Madre Padre Padrastro/a tía, tío Hermana, hermano, primo/prima abuelo/abuela Foster Parent

Nombre: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Codigo Postal: _____

Cellular: _____

Numero de trabajo: _____

Numero de casa: _____

Correro electronico: _____

Empleador: _____

Contactos de Emergencia Porfavor lista contactos adicionales distintos de los anteriore s.

Nombre: _____

Relacion al Miembro (circule): Tia/Tio, Hermano/Hermana, Primo/Prima, Abuelo/Abuela Amigo de familia, Otro:

Cellular: _____

Numero de casa: _____

Esta esta persona autorizada para recoger al miembro

Si No

Nombre: _____

Relacion a miembro (circule): Tia/Tio, Hermano/Hermana, Primo/Prima, Abuelo/Abuela Amigo de familia, Otro:

Cellular: _____

Numero de casa: _____

Estaesta persona autorizada para recoger al miembro?

Si No

Nombre de miembro: _____

Solo los formularios completados serán procesados

Sus respuestas más abajo se mantienen **confidenciales** y son esenciales para nuestros proveedores de fondos. Esta información ayuda a mantener baja la cuota de afiliación. Toda la información se

Afiliación tribal: Sí No

Si sí, por favor indique nombre de la tribu: _____

almuerzo escolar: gratis/reducida toda escuela es lib
 no elegibles

Familia militar?: Si No

Si escogio si, porfavor listar rama, status and I.D. numero

Por favor verifique todos los programas de asistencia que reciba:

- Estampias de comida/SNAP
- Medicaid
- Seguro Social
- SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario)
- SSDI (Beneficios de seguro social de incapacidad)
- Alojamiento (seccion 7, seccion 8 etc.)

Cuantos adultos y niños viven en su casa?:

#adultos _____ #niños _____

Typo de hogar

- Permanente (propio, renta, etc.) Vivienda pública
- Hogar grupal Foster Home
- Sin hogar

Indique el ingreso total de su hogar colocando una marca de verificación en la casilla correspondiente

<input type="checkbox"/> 0 - \$16,600	<input type="checkbox"/> \$27,651 – 31,100	<input type="checkbox"/> \$51,421 – 54,780
<input type="checkbox"/> \$16,601 – 18,700	<input type="checkbox"/> \$ 31,101 – 34,550	<input type="checkbox"/> \$54,781 – 55,300
<input type="checkbox"/> \$18,701 – 20,750	<input type="checkbox"/> \$ 34,551 – 37,350	<input type="checkbox"/> \$55,301 – 59,750
<input type="checkbox"/> \$20,751 – 22,450	<input type="checkbox"/> \$37,351 – 40,100	<input type="checkbox"/> \$59,751 – 64,150
<input type="checkbox"/> \$22,451 – 24,100	<input type="checkbox"/> \$40,101 – 42,850	<input type="checkbox"/> \$64,151 – 68,600
<input type="checkbox"/> \$24,101 – 25,750	<input type="checkbox"/> \$42,851 – 45,650	<input type="checkbox"/> \$68,601 – 73,000
<input type="checkbox"/> \$25,751 – 27,400	<input type="checkbox"/> \$45,651 – 48,120	<input type="checkbox"/> \$73,001 +
<input type="checkbox"/> 27,401 – 27,650	<input type="checkbox"/> \$ 48,121 – 51,420	

Composicion del hogar

Hogar de adulto soltero	
Quien es el adulto en el hogar de adulto soltero?	<input type="checkbox"/> Solo Madre
	<input type="checkbox"/> Solo Padre
	<input type="checkbox"/> Abulelo/a
	<input type="checkbox"/> Otro pariente
	<input type="checkbox"/> Guardian legal
	<input type="checkbox"/> Foster Care
	<input type="checkbox"/> Custodia compartida
Dos + adultos hogar	
Quienes son los adultos en el hogar?	<input type="checkbox"/> Padres
	<input type="checkbox"/> Abuelo/a(s)
	<input type="checkbox"/> Otros parientes
	<input type="checkbox"/> Guardian legal
	<input type="checkbox"/> Foster Care
	<input type="checkbox"/> Padres y otros adulto/a(s)
<input type="checkbox"/> Si mismo (el adolescente debe demostrar que tiene 18 años de edad o esta emancipado)	

Nombre de miembro: _____

Solo los formularios completados serán procesados

Comunicados Y Exenciones

Estoy de acuerdo en acatar los términos y condiciones del manual de padres de Boys and Girls club de Skagit County (BGCSC) que rigen la inscripción del niño en esta aplicación de membresía. Estoy de acuerdo en permitir que mi hijo participe en viajes, excursiones y otras actividades patrocinadas por la BGCSC. Este permiso se da con la comprensión que transporte, si es necesario, se facilitará por el vehículo BGCSC conducido por funcionarios de Boys & Girls Club, autobuses escolares, transporte público y otros métodos aprobados y regulados de transporte. Estoy de acuerdo en proporcionar un asiento para mi hijo si están obligados a utilizar uno. Entiendo que los miembros estarán bajo supervisión de personal del Club durante toda la duración de cualquier viaje y que el Club funciona en un proporción de no más de 10 jóvenes por cada miembro del personal. Certifico que mi hijo está cubierto por el seguro médico que figuran en esta solicitud. Entiendo que soy únicamente responsable de proveer tal cobertura. Entiendo que soy responsable de las consecuencias de mi falta de cobertura de seguro adecuada, que estoy de acuerdo en acatar todas las reglas de la BGCSC relativos a la salud y la seguridad de los miembros y para informar al Club inmediatamente de cualquier cambio en mi hijo de salud, seguro médico o proveedor médico. También estoy de acuerdo en informar a la BGCSC inmediatamente si mi hijo contrae una grave enfermedad. Entiendo que hay una cierta cantidad de riesgo implicado en el más simple de juegos infantiles, deportes y actividades, y doy permiso a mi hijo a participar en programas y actividades del Club. Estoy de acuerdo que la BGCSC, sus empleados (remunerados y voluntarios), Consejo de administración y organismos afiliados, no será responsable de cualquier reclamos, demandas, lesiones, daños, acciones o causas de acción, alguna por cualquier daño causado a mí o a mi hijo como resultado de participación de mi hijo en BGCS programas o actividades. Expresamente para siempre aliviar y descarga dichos Boys & Girls Clubs del Condado de Skagit de todos los actos de negligencia por parte de los Boys and Girls club de Skagit, sus empleados (remunerados y voluntarios), la Corporación, sus funcionarios, agentes, oficiales, accionistas y organismos afiliados. En caso de accidente grave o enfermedad a mi hijo o en caso de que la lesión/enfermedad implica la boca o los dientes de mi hijo, por la presente autorizo al personal de la BGCSC, médico de mis hijos, dentista, personal de emergencia y las personas nombradas en la Formulario de afiliación para dar cualquier tratamiento necesario a mi hijo, incluyendo cirugía de emergencia. Puede llamar al médico o la ambulancia si es necesario a mi exclusivo cargo. Estoy de acuerdo que soy responsable de actualización de información médica para el BGCSC. Al firmar mi permiso a continuación, doy permiso a la organización de Boys & Girls Clubs a utilizar fotografías y otros tipos de medios de comunicación, incluyendo pero no limitado a imágenes de vídeo, de mi hijo para fines promocionales y renunciar a cualquier reclamación que pueda tener contra los Boys & Girls Clubs. Si deseo revocar este permiso, se solicitar específicamente una forma de negación de las relaciones públicas. Entiendo que el BGCSC trabaja con los funcionarios, personal, profesores y otros interesados en el distrito escolar de mi hijo con el propósito expreso de asegurar el éxito académico y el bienestar de mi miembro. Doy BGCSC y sus agentes, permiso para contactar con estas personas directamente para discutir la asistencia, la progresión de grado, progreso académico, cuestiones disciplinarias y otros asuntos que no específicamente se hace referencia de mi hijo. También por este medio ofrezco el distrito escolar con liberación a dichos documentos que contienen información sobre la evaluación del aprendizaje, nivel, estado de tareas, comportamiento y otras determinaciones cognitivas y habilidades relacionadas con la lectura. Entiendo y reconocer la participación de mi hijo en la juventud los resultados de iniciativa nacional. El BGCSC puede compartir información sobre el hijo menor de edad en esta aplicación con chicos y chicas clubes de America (BGCA) para fines de investigación o para evaluar la efectividad del programa. La información que se divulgó a BGCA puede incluir la información proporcionada en este formulario de solicitud de membresía, información proporcionada por la escuela o distrito escolar el hijo menor de edad y otra información recogida por la BGCSC, incluyendo los datos recogidos a través de encuestas o cuestionarios. Toda la información proporcionada a BGCA se mantendrá confidencial. También doy BGCSC el derecho a recabar información vía online o encuestas escritas, cuestionarios, entrevistas y grupos focales de menor enumerados en esta solicitud. Datos recogidos a través de estos medios se resumirá en conjunto y se excluyen todas las referencias a las respuestas individuales. Los resultados agregados de estos análisis pueden ser compartidos con el Club personal, Boys & Girls Clubs of America, donantes y otros actores de la comunidad a la efectividad del programa de pruebas y/o Club impacto sobre nuestros miembros. Entiendo que la implicación de este permiso y declaración de liberación. Certifico que estoy legalmente capaz de ejecutar este acuerdo, y que tengo de mi propio libre albedrío en la fecha indicada a continuación, en nombre de mí mismo, mi esposo, si no firmaron por separado y nuestro niño para quien fue preparado este formulario. Además certifico que toda información proporcionada es la más actual y entiendo que es mi deber para actualizar esta información debería incluyendo pero no limitado a: cambio de dirección; cambio de escuela; cambio de empleo; cambio de número en casa; cambio de los ingresos; producirá el cambio de la información médica. Esta información puede ser verificada por el gobierno local o Federal.

Firma de padre/guardian _____

Fecha _____

**Su firma confirma que toda la información anterior es verdadera y precisa.*