



## 2019-2020 Solicitud de Membresía

<b>INFORMACIÓN DE MIEMBRO</b>	Tipo de Miembro	<input type="checkbox"/> Nuevo Miembro	<input type="checkbox"/> Renovar Aplicación
-------------------------------	-----------------	--	---

Día _____	Sitio Principal en Nick Cosmos		Después de la Escuela
Primer Nombre _____			Programa de Membresía
Segundo Nombre _____			Hi Set
Apodo _____			Liga de Baloncesto
Fecha de Nacimiento _____	Satélite Unidades		Beaudoin
Edad _____			Churchill
Cuantos años tú has sido miembro del Boys & Girls Clubs of Greater Holyoke _____			Toepfert
			Lyman

**Sexo**  Masculino  Femenina  Sexo Afeminado /Non-Conforme  Trans Masculino  Trans Femenina  Otro

**Identidad racial / étnica**

<input type="checkbox"/> Indio American o Nativo Alaska	<input type="checkbox"/> Moreno o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Blanco
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Medio Oriente o Norte de Africa	<input type="checkbox"/> Multirracial
<input type="checkbox"/> Africano	<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino		

**Foster Care**  Sí  No      **McKinney Vento**  Sí  No

### INFORMACIÓN ESCOLAR

**Nombre De la Escuela** \_\_\_\_\_  
**Grado (Otoño 2019)** \_\_\_\_\_

**¿Su hijo recibe apoyo adicional en la escuela/comunidad?** (marque todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/> Plan de Educación Individualizado (IEP)	<input type="checkbox"/> Se reúne con la escuela o el consejero privado
<input type="checkbox"/> 504 (alojamiento)	
<input type="checkbox"/> Entrenador del Hablar	<input type="checkbox"/> Otros: _____

**¿Su hijo participa en el programa de almuerzo escolar?**  Gratis  Reducido  No es Elegible

### INFORMACIÓN MÉDICA / DE SALUD DE MIEMBROS

**Alérgico/a**  Almendras  Nueces  Gluten  Huevos  
 Lácteos/Lactosa  Mariscos/Pescados  Soja  Otros: \_\_\_\_\_

**Alergias a la medicina**  Penicilina  Aspirina  Amoxicilina  Otros: \_\_\_\_\_

**Alergias ambientales**  Picadura de Abeja  Polen  Polvo  Moho  Hierba

**Otras Alergias**  Látex  Perfumes o Colonias  Lociones  Otros: \_\_\_\_\_

**Condiciones médicas diagnosticadas**

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Ceguera	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Trastorno de Desafío Opositor
<input type="checkbox"/> Deterioro auditivo	<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Otros: _____

**¿Su hijo usa un inhalador?**  Sí  No

**¿Su hijo usa insulina?**  Sí  No

**¿Su hijo usa un epipen?**  Sí  No

**¿Su hijo auto administra medicamentos?**  Sí  No  
Si es así, ¿qué medicamento?

**Otras Condiciones médicas:** Por favor enumere cualquier limitación física, mental o médica de su hijo a continuación y discuta con el Director del Club al enviar su solicitud.

**Compañía de seguros** \_\_\_\_\_

**Numero de grupo** \_\_\_\_\_ **Número de miembro / póliza** \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL HOGAR

**Información de contacto del padre / tutor** *Por favor identifique a los padres / tutores del miembro.*

Padre / Tutor 1 - Contacto principal	Padre / Tutor 2 - Contacto adicional
<b>Relación con el Miembro</b> <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastra/a <input type="checkbox"/> Tía/Tío <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Primo/Prima <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Otro	<b>Relación con el Miembro</b> <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastra/a <input type="checkbox"/> Tía/Tío <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Primo/Prima <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Otro
Primer Nombre _____	Primer Nombre _____
Segundo Nombre _____	Segundo Nombre _____
Email _____	Email _____
Dirección _____	Dirección _____
Ciudad _____	Ciudad _____
Código postal _____	Código postal _____
Teléfono Celular _____	Teléfono Celular _____
Teléfono del Trabajo _____	Teléfono del Trabajo _____
Teléfono de la Casa _____	Teléfono de la Casa _____
Compañía de Trabajo _____	Compañía de Trabajo _____

### Información de contacto de Emergencia

*Identifique 2 personas con las que se pueda contactar en caso de emergencia. Estas personas deben ser diferentes a los contactos enumerados anteriormente.*

Emergency Contact 1	Emergency Contact 2
<b>Relación con el Miembro</b> <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastra/a <input type="checkbox"/> Tío/Tía <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Primo/Prima <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Otro	<b>Relación con el Miembro</b> <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastra/a <input type="checkbox"/> Tío/Tía <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Primo/Prima <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Otro
Primer Nombre _____	Primer Nombre _____
Segundo Nombre _____	Segundo Nombre _____
Teléfono Celular _____	Teléfono Celular _____
Teléfono de la Casa _____	Teléfono de la Casa _____
¿Esta persona está autorizada para recoger al miembro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Esta persona está autorizada para recoger al miembro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### Composición del Hogar

<b>¿Cuántos niños viven en su hogar?</b>		<b>¿Cuántos adultos viven en su hogar?</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Adultos Solteros en la Casa</b> <small>¿Quién es el adulto en el hogar?</small>	<input type="checkbox"/> Madre solo <input type="checkbox"/> Padre Solo	<input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Otros Familiares	<input type="checkbox"/> Tutores legales <input type="checkbox"/> Padre adoptivo
<input type="checkbox"/> <b>Dos + Adultos en la Casa</b> <small>¿Quiénes son los adultos en el hogar?</small>	<input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Abuelos	<input type="checkbox"/> Otros Familiares <input type="checkbox"/> Tutores legales	<input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Padre(s) u Otro Adulto(s)
<b>¿Cuál es el idioma principal que se habla en su hogar?</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino / Mandarín <input type="checkbox"/> Tagalog <input type="checkbox"/> Vietnameses <input type="checkbox"/> Corean <input type="checkbox"/> Otro: _____			

### Household Support

<b>Asistencia pública</b> <input type="checkbox"/> Cupones de Alimentos / SNAP <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> SSI (Ingreso Suplementario) <input type="checkbox"/> Asistencia de cuidado de Niños <input type="checkbox"/> SSDI (Ingreso de Seguro Social por Incapacidad) <input type="checkbox"/> Asistencia para la vivienda (Sección, 7, Sección 8, etc.) <input type="checkbox"/> WIC (Mujeres, Infantes y Niños)
<b>Familias Militares:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>En caso afirmativo, indique la sucursal, el estado y el número de identificación:</b> _____

<b>Tipo de Vivienda</b> <input type="checkbox"/> Permanente (Dueño o Renta) <input type="checkbox"/> Casa de Grupo <input type="checkbox"/> Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Casa de Adopción <input type="checkbox"/> Sin Hogar
<b>Por favor, indique su ingreso total bruto anual del hogar a continuación:</b> <input type="checkbox"/> \$0 - 10,000 <input type="checkbox"/> \$30,001 - 35,000 <input type="checkbox"/> \$55,001 - 60,000 <input type="checkbox"/> \$80,001 - 85,000 <input type="checkbox"/> \$105,001 - 110,000 <input type="checkbox"/> \$10,001 - 15,000 <input type="checkbox"/> \$35,001 - 40,000 <input type="checkbox"/> \$60,001 - 65,000 <input type="checkbox"/> \$85,001 - 90,000 <input type="checkbox"/> \$110,001 - 115,000 <input type="checkbox"/> \$15,001 - 20,000 <input type="checkbox"/> \$40,001 - 45,000 <input type="checkbox"/> \$65,001 - 70,000 <input type="checkbox"/> \$90,001 - 95,000 <input type="checkbox"/> \$115,001 - 120,000 <input type="checkbox"/> \$20,001 - 25,000 <input type="checkbox"/> \$45,001 - 50,000 <input type="checkbox"/> \$70,001 - 75,000 <input type="checkbox"/> \$95,001 - 100,000 <input type="checkbox"/> \$120,001 - 125,000 <input type="checkbox"/> \$25,001 - 30,000 <input type="checkbox"/> \$50,001 - 55,000 <input type="checkbox"/> \$75,001 - 80,000 <input type="checkbox"/> \$100,001 - 105,000 <input type="checkbox"/> \$125,001 - 130,000 +

## RENUNCIAS & LIBERACIONES

### Recopilación de Datos

- Sí  No Doy mi permiso al Boys & Girls Clubs of Greater Holyoke para recopilar información a través de encuestas en línea o escritas, cuestionarios, entrevistas y grupos focales del niño menor listado en esta solicitud. Toda la información recibida se mantendrá estrictamente confidencial. Los datos recopilados a través de estos medios se resumirán en conjunto y excluirán todas las referencias a cualquier respuesta individual. Los resultados agregados de estos análisis pueden ser compartidos con el personal del Club, Boys & Girls Clubs of América, los Financiadores y las partes interesadas de la comunidad de Otro para evidenciar la efectividad del programa y/o el impacto del Club en nuestros miembros. Esta liberación puede ser revocada en cualquier momento poniéndose en contacto con los Boys & Girls Clubs de Greater Holyoke por escrito.

### Médica

- Sí  No Doy permiso a Boys & Girls Clubs of Greater Holyoke para buscar tratamiento médico de emergencia para mi hijo menor de edad si no puedo ser contactado. Seré responsable de cualquier/todos los costos de atención médica y tratamiento.

### Tecnología

- Sí  No Como miembro de los Boys & Girls Clubs de Greater Holyoke, su hijo puede tener acceso a Internet. Si bien el Boys & Girls Club tiene reglas que prohíben dicha conducta y las precauciones son tomadas por el Club para evitar dicho acceso, es posible que su hijo pueda acceder a sitios inapropiados. Los Boys & Girls Clubs de Greater Holyoke no serán responsables de dicho acceso no autorizado.

### Compartir Información de Datos

- Sí  No Doy mi permiso a Boys & Girls Clubs of Greater Holyoke para compartir información sobre el niño menor que aparece en esta aplicación con Boys & Girls Clubs of América con fines de investigación y/o para evaluar la efectividad del programa. La información que se divulgará a BGCA puede incluir la información proporcionada en este formulario de solicitud de membresía, la información proporcionada por la escuela o distrito escolar del niño menor de edad, y la información de Otro recopilada por Boys & Girls Clubs of Greater Holyoke, datos recopilados a través de encuestas o cuestionarios. Toda la información proporcionada a BGCA se mantendrá confidencial. Esta liberación puede ser revocada en cualquier momento poniéndose en contacto con Boys & Girls Clubs of Greater Holyoke por escrito.

### Prensa / Fotografía

- Sí  No Doy permiso para que la imagen de mi hijo, imagen de video, o cualquier representación gráfica, sea utilizada por Boys & Girls Clubs of Greater Holyoke, Boys & Girls Clubs of América y sus afiliados o donantes y entendemos que ni a mi hijo ni yo recibiremos ningún pago.

### Misceláneos

- Sí  No Entiendo que Boys & Girls Clubs of Greater Holyoke no es responsable de objetos perdidos o robados.
- Sí  No Entiendo que cada Club tiene el derecho de tomar decisiones de membresía basadas en los recursos y la capacidad de sus instalaciones y personal. Boys & Girls Clubs of Greater Holyoke se reserva el derecho de rechazar la solicitud, rescindir la inscripción o suspender a cualquier joven que no pueda asociarse exitosamente con los miembros del Club.
- Sí  No Entiendo que Boys & Girls Clubs of Greater Holyoke tiene una política de puertas abiertas donde los miembros pueden ir y venir cuando quieran. En caso de que un socio abandone el Club, no se le concederá acceso de devolución a menos que sea aprobado por el Director del Club. No asumimos ninguna responsabilidad por los miembros que deciden no asistir en un día en particular o que deciden irse temprano.
- Sí  No **Excursiones:** Mi hijo tiene permiso para asistir a todas las actividades patrocinadas por Boys & Girls Club of Greater Holyoke. Autorizo a cualquier representante de Boys & Girls Club of Greater Holyoke, incluyendo Boys & Girls Club of Greater Holyoke Volunteers, a transportar a mi hijo en un vehículo de motor propiedad o alquilado por Boys & Girls Club of Greater Holyoke en todas las excursiones patrocinadas por el Club a menos que de otra manera se comunique. Libero a HBGC y a todas las personas que se ofrecen como voluntarias para HBGC de toda responsabilidad. Mi hijo puede participar en todas las actividades de Boys & Girls Club of Greater Holyoke en o adyacentes al edificio del Club.
- Sí  No **Natación:** Mi hijo tiene permiso para participar en la actividad de natación en el Boys & Girls Club de Greater Holyoke. Libero a Boys & Girls Club de Greater Holyoke toda responsabilidad en caso de accidente o lesión.
- Sí  No **Permiso Académico:** Yo (Nosotros) permito y autorizo a la escuela y/o maestra de mi hijo a divulgar los informes de grado escolar de mi hijo e información sobre la asistencia general y el desempeño a Boys & Girls Clubs of Greater Holyoke para uso agregado en la evaluación del programa y para fines de apoyo a la educación en la escuela en los programas fuera de la escuela. Los Boys & Girls Clubs de Greater Holyoke no volverán a publicar información personal proporcionada por una escuela o profesor.

### APROBACIÓN DE LA SOLICITUD

Yo, el padre/tutor del menor que aparece en esta solicitud, en nombre del niño menor de edad que se enumera en el presente documento y para nosotros mismos, nuestros herederos, ejecutores y administradores, por la presente liberar, renunciar, absolver y dar de baja para siempre a los Boys & Girls Clubs of Greater Holyoke y Boys & Girls Clubs of America, sus representantes, sucesores, aseguradoras, cesionarios o cualquier persona o entidad de Otro asociada con cualquiera de las organizaciones anteriores, como personal, directores o voluntarios, de toda responsabilidad, reclamos, demandas o causas de acción para cualquier pérdida, daño, lesión o muerte y cualquier reclamación de daños resultantes del uso de instalaciones propiedad o controladas por las organizaciones mencionadas anteriormente, o la participación en actividades de dichas organizaciones, ya sea dentro o fuera del Club.

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

Firma del Padre/Tutor

Día