



INFORMACION DE MIEMBRO

OFFICE USE ONLY:

KidTrax Member ID # \_\_\_\_\_ Receipt # \_\_\_\_\_ Amount \$ \_\_\_\_\_ Associate \_\_\_\_\_
Member Status: \_\_\_\_\_ Start Date: \_\_\_\_\_ Termination Date: \_\_\_\_\_ Initial Service Date \_\_\_\_\_ Renewal date: \_\_\_\_\_
New: \_\_\_\_\_ Renew: \_\_\_\_\_ (Input Date): \_\_\_\_\_ (Exp): 5/31/20(\_\_\_\_\_) (Date 1st Member) \_\_\_\_\_ 6/1/20(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

La siguiente información es ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL.

Y es necesaria para nuestros expedientes y para el financiamiento que recibe los Boys & Girls Clubs del Este del Valle . Se agradece su cooperación en el suministro de esta información. Gracias.

Información del jefe de Familia, Padre o Guardián

Nombre de la persona con quien vive el miembro: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular/Casa (marque una) Numero alternativo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal : \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Tipo de Familia (marque una): \_\_\_\_\_ 1 Padre \_\_\_\_\_ Ambos Padres \_\_\_\_\_ Otra

Miembro Vive Con (marque una): \_\_\_\_\_ Ambos Padres \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Tía/Tío \_\_\_\_\_ Hermana/Hermano \_\_\_\_\_ Abuelos \_\_\_\_\_ Guardián \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ Padres De Crianza

Es el padre / guardián miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si Servicio Activo/Reserva (marque una)

Sucursal: \_\_\_\_\_

Ingreso Anual del Hogar (marque uno): Programas de asistencia donde las familias participan (Marque las que aplica):

\_\_\_\_ \$0-\$4,999 \_\_\_\_\_ \$25,000-\$34,999 \_\_\_\_\_ SSDI \_\_\_\_\_ Vales de guardería \_\_\_\_\_ Programa de Almuerzo Escolar
\_\_\_\_ \$5,000-\$9,999 \_\_\_\_\_ \$35,000-\$49,999 \_\_\_\_\_ SSI \_\_\_\_\_ Estampillas de comida \_\_\_\_\_ Compensación Veteranos
\_\_\_\_ \$10,000-15,999 \_\_\_\_\_ \$50,000+ \_\_\_\_\_ TANF/AFDC \_\_\_\_\_ Asistencia General \_\_\_\_\_ Yo no recibo ayuda
\_\_\_\_ \$16,000-\$24,999

# de hermanas/hermanastras \_\_\_\_\_ # de hermanos/ hermanastros \_\_\_\_\_ Total # que viven en el hogar \_\_\_\_\_

Miembro de la Comunidad: Si o No (por favor proporcione copia de CDIB Sucursales de Gila River: Distrito #: \_\_\_\_\_

Residente de la ciudad de Guadalupe: Si o No (circule uno)

Información de otro padre o guardián (si es diferente de la larte de arriba)

Nombre de Padre/ Padraastro (marque una):

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_ Cel./Casa(marque uno)

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ # Alt: \_\_\_\_\_ Casa, Trabajo, Cel.(marque uno)

Nombre de Madre/Madrastra (marque una):

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_ Casa, Trabajo(marque uno)

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Numero Alt: \_\_\_\_\_ Casa, Trabajo, Cel.(marque uno)

Guardián:

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_ Cel./Casa(marque uno)

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Numero Alt: \_\_\_\_\_ Casa, Trabajo, Cel.(marque una)

Contacto de Emergencia

(en caso de que el padre/guardián no pueda ser contactado)

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_ Casa, Trabajo, Cel.(marque uno)

Relación al miembro \_\_\_\_\_

Continúe en esta pagina

## Miembro (Niño/a) Información

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Segundo Nombre** \_\_\_\_\_ **Apellido:** \_\_\_\_\_

**Apodo:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Escuela:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_ (20\_\_ -20\_\_ año escolar)

**Puede Nadar?** \_\_\_Si \_\_\_No **Discapacitado?** \_\_\_No \_\_\_Físicamente \_\_\_Desarrollo \_\_\_Aprendizaje

**Genero:** \_\_\_ Masculino \_\_\_ Femenino **Origen Étnico:** \_\_\_ Afroamericana \_\_\_ Asiático \_\_\_ Hispano \_\_\_ Hawaiano / Isleños del Pacífico \_\_\_ Multirracial \_\_\_ Nativo Americano \_\_\_ Blanco / Caucásico \_\_\_ Otro

### POR FAVOR LEA LO SIGUIENTE CON CUIDADO Y FIRME ABAJO

COMO EL PADRE / GUARDIAN,

\_\_\_ **Entiendo que los pagos de membrecía son definitivas y que las devoluciones no se pueden emitir.**

Yo autorizo y doy mi consentimiento a los clubes del Valle (BGCEV) Boys & Girls de utilizar cualquier tipo de fotografías y secuencias de vídeo en la que mi hijo / hija puede aparecer para tarjetas de afiliación, publicidad y con fines publicitarios.

#### Inicial uno:

\_\_\_ **Yo doy mi consentimiento para el uso de fotografías o videos de mi hijo.**

\_\_\_ **No doy mi consentimiento para el uso de fotografías o videos de mi hijo.**

Yo doy mi permiso al BGCEV de encuestar y entrevistar a mi hijo para averiguar lo que su / sus comportamientos, habilidades y actitudes son en cuanto a temas como riesgos para la salud y los hábitos , la autoestima positiva , el respeto a la diversidad, la educación y los recursos educativos , relaciones positivas , la elección de carrera , la conexión con la comunidad , así como su / sus otras experiencias en el club.

Entiendo que el propósito de estas encuestas es ayudar a averiguar qué tan bien el Club está satisfaciendo las necesidades de mi hijo y para identificar las áreas que pueden requerir mayor atención. La información obtenida es confidencial y que el nombre de mi hijo no se puede utilizar en combinación con cualquier informe y / o presentación. La participación de mi hijo en cualquier encuesta o entrevista es estrictamente voluntaria y mi hijo puede optar por dejar de participar en cualquier momento . La participación no afecta de ninguna manera la membrecía del del niño. Yo doy mi permiso al BGCEV para compartir información sobre el hijo menor de edad que aparece en esta solicitud con Boys and Girls Clubs of America ( BGCA ) para fines de investigación y / o para evaluar la eficacia del programa . La información que será compartida con BGCA puede incluir la información proporcionada en este formulario de solicitud de membrecía , la información proporcionada por la escuela del menor de edad o el distrito escolar , los datos recogidos a través de encuestas o cuestionarios y otra información recopilada por BGCEV . Toda la información proporcionada a BGCA se mantendrá confidencial.

#### Inicial uno:

\_\_\_ **Yo doy mi consentimiento para la participación de mi hijo en evaluaciones y encuestas.**

\_\_\_ **Yo no doy mi consentimiento para la participación de mi hijo en evaluaciones y encuestas.**

Entiendo las reglas del BGCEV y solicito que mi hijo sea admitido en calidad de miembro. Le he explicado las reglas a mi hijo. Estoy de acuerdo en que el BGCEV no será responsable por daños personales o pérdida de propiedad, mientras que esta en las instalaciones del Club o está haciendo cualquier actividad fuera del club. Si entiendo que se harán todos los esfuerzos para ponerse en contacto conmigo, yo doy mi consentimiento para que mi hijo reciba un examen médico y / o el tratamiento de emergencia por un paramédico, médico o hospital en caso de emergencia.

Entiendo que la BGCEV es una Agencia de Desarrollo de la Juventud y sus sucursales operan en una base de su "dop in" (entrada y salida) bajo una política de puertas abiertas. Entiendo que BGCEV no es un centro de cuidado infantil con licencia, lo que significa que mi hijo / hija puede ir y venir a su voluntad. Es mi responsabilidad como padre / tutor para aconsejar a mi hijo si él / ella puede o no dejar el Club sin ser supervisado. **Estatuto # ARS36-882**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre, Guardián o el Jefe del Hogar**

\_\_\_\_\_  
**Nombre**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

#### Cómo se enteró acerca de nosotros? (Marque todos los que aplican)

Internet, Revista, Periódico, Amigo(a), Familia, Televisión, Radio, Página de la red Otro: \_\_\_\_\_

**Le Interesaría Formar Parte de Nuestra Mesa Directiva** \_\_\_Si \_\_\_No

**\*\* Si hay una persona que está legalmente prohibido recoger a su hijo, pida en la oficina el formulario apropiado. Este formulario y la documentación legal correspondiente debe estar en el archivo en el Club. \*\***

**Formulario de Liberación y Consentimiento Medico**

**NOTA: Por favor de escribir en letra de molde y firme con pluma –Padre o Guardián Legal!!**

Nombre de niño/niña: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Numero: \_\_\_\_\_

En el caso de una enfermedad o lesión grave y / o potencialmente mortal que ocurra a mi hijo, por la presente doy mi consentimiento para que el médico o dentista considere lo necesario para el cuidado médico o dental. Mi hijo puede ser examinado y darle cualquier procedimiento necesario (médico, dental o quirúrgico), anestesia o procedimientos de diagnóstico (laboratorio o radiografía) y se le puede realizar bajo la supervisión de un miembro del hospital o del personal de la oficina médica que proporciona tales servicios.

Entiendo que, en caso de una enfermedad o lesión grave, se hará todo lo posible para contactarme.

Además, reconozco que yo soy responsable de cualquier gasto médico, dental, de ambulancia o de transporte del estudiantes, lo cual podría ocurrir como resultado de dicha lesión o enfermedad. Entiendo que cualquier cobertura de seguro a través del Plan de Seguro para Miembros del Boys & Girls Clubs of the East Valley es secundaria a mi cobertura de seguro familiar.

**Revisado a aprobado:**

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre, Guardián o el Jefe del Hogar                      Nombre en imprenta                      Fecha

**Si necesitamos a llamarlo (Por favor letra imprenta)**

Padre: \_\_\_\_\_

Numero de celular: \_\_\_\_\_ Numero del trabajo: \_\_\_\_\_ Otro Numero: \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_

Numero de celular: \_\_\_\_\_ Numero del trabajo: \_\_\_\_\_ Numero casa: \_\_\_\_\_

Familiar: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Numero de celular: \_\_\_\_\_ Numero del trabajo: \_\_\_\_\_ Numero casa: \_\_\_\_\_

Amigo/a: \_\_\_\_\_

Numero de celular: \_\_\_\_\_ Numero del trabajo: \_\_\_\_\_ Numero casa: \_\_\_\_\_

**\*\*Por favor de llamar el Boys & Girls Clubs of the East Valley si la información cambia .\*\*b>**

**Información de Médica:**

Fecha de ultima vacuna contra el tétano: \_\_\_\_\_

Medico del miembro: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_ Numero de emergencia: \_\_\_\_\_

Seguro medico: \_\_\_\_\_ Numero de Póliza \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono de emergencia \_\_\_\_\_

Hospital/clinica preferido: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Formulario de Liberación y Consentimiento Medico PG 2**

**Condiciones Medicas que el personal necesitan saber:**

Alergia  No  Si Por favor explique \_\_\_\_\_

Reacción de alergia  No  Si Por favor explique \_\_\_\_\_

Asma  No  Si Por favor explique \_\_\_\_\_

Otro  No  Si Por favor explique \_\_\_\_\_

**Medicamentos diario: Por favor de escribir todos los medicamentos para tener durante emergencias – Medicamentos no se administraran sin el consentimiento en escrito de la "Solicitud para la Administración de Medicamentos".**

**Rx#:** \_\_\_\_\_ **Medicamento:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones para el medicamento:** \_\_\_\_\_

**Rx#:** \_\_\_\_\_ **Medicamento:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones para el medicamento:** \_\_\_\_\_

**Rx#:** \_\_\_\_\_ **Medicamento:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones para el medicamento:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta del padre/ Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



**BOYS & GIRLS CLUBS**  
OF THE EAST VALLEY

**Contrato de Miembro Para Aparatos Electrónicos (Obligatorio para el grado cuarto y adelante)**

Yo como miembro, entiendo que mi uso de los Servicios Electrónicos de Información (EIS) de BGCEVs, incluyendo Internet y la red, es un privilegio. El uso inapropiado resultará en la cancelación de estos privilegios y puede resultar en acción disciplinaria. Los oficiales de la ley serán notificados si ocurren actividades ilegales. Entiendo que las comunicaciones o la información enviada, recuperada o almacenada a través de EIS no sean privadas. BGCEV tiene el derecho a revisar todos los archivos y comunicaciones y supervisar el uso del sistema en cualquiera momento sin permiso o notificación. BGCEV puede a terminar acceso, y/o revisar y borrar archivos en cualquiera momento. Yo entiendo que cuando uso el Servicio de Información Electrónica. Yo debo estrictamente adherirme a todos los requisito del usuario impuestos por las guías del uso de computación del BGCEV's. Entiendo que cualquier violación a la póliza o regulación resultará en la revocación de mi acceso de usuario y dará lugar a una acción disciplinaria; Esto incluye información o contenido que se accede a través del teléfono móvil u otros dispositivos electrónicos.

**Nombre del Miembro:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_ **Mem #:** \_\_\_\_\_

**Firma del Miembro:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Guardián Legal Necesita Firmar conjuntamente**

Como el padre o guardián de este miembro, yo a leído la guías del uso de la computadora del BGCEV's. Yo entiendo que la Servicios de Información Electrónica ,incluye lal Internet y la red, es solo para propósitos educativos. Estos servicios están disponible para mi hijo/a a no costo.

Yo entiendo que el BGCEV ha tomado las precauciones razonables para proteger a mi hijo/a's contra el acceso a materiales inapropiados , es imposible para el BGCEV restringir el acceso a materiales controvertidos o ofensivos. Por lo tanto, no responsabilizaré a la BGCEV de los materiales adquiridos por el uso de los Servicios de Información Electrónica del Club por parte de mi hijo. También acepto reportar al Ejecutivo de la Rama del Club cualquier mal uso de los servicios de información.

Acepto que mi hijo / a cumpla con las Guías de Uso de la Computadora sobre el uso apropiado de los Servicios de Información Electrónicos. Acepto la responsabilidad total de la supervisión si, y cuándo, el uso de los servicios de información por parte de mi hijo no está en un club. Por la presente doy mi permiso para que mi hijo utilice los Servicios de Información Electrónicos y certifico que mi hijo ha aceptado cumplir con los términos y condiciones de este acuerdo. Entiendo que las opciones de acceso a control parental están disponibles en el teléfono de mi hijo y son mi responsabilidad.

**Nombre de padre/guardián imprenta:** \_\_\_\_\_

**Firma de padre/guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**El padre o tutor puede negar el acceso**

Como padre o tutor de este estudiante, yo **NO** quiero que mi hijo reciba acceso a Internet por parte de BGCEV. En cambio, mi hijo usará otros recursos disponibles en el club o participará en una actividad alternativa

Nombre del Miembro: \_\_\_\_\_ Nombre Padre o Guardian: \_\_\_\_\_

Firma de Padre o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

***Los productos que filtran el acceso a Internet se prueban continuamente y pueden ser sustituidos en el futuro. BGCEV no ofrece ninguna garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita, para los Servicios de Información Electrónica que proporciona..***

**Orientación Obligatoria**

Yo entiendo que hay una orientación obligatoria y que necesito asistir con mi hijo/a. Entiendo que hay una orientación separada para el verano y para el año escolar. **Si no asisto el orientación**, entiendo que mi hijo/a no puede asistir a los programas de Boys & Girls Clubs of the East Valley.

**Yo voy asistiré a la orientación el \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_**

Firma del Padre o Guardián Legal: \_\_\_\_\_

Nombre en imprenta del padre: \_\_\_\_\_

=====

**Reembolso**

No hay **reembolso, credito o transferencias de fondos** por semanas, días o paseos que el miembro no asista. Por favor de seleccionar sus días sabiamente; hay muy poco límite de espacio para movimiento. ¡Gracias!

Firma del Padre/Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Nombre en imprenta: \_\_\_\_\_

=====

**Pagos Atrasados**

Pagos de Programas y Transportación se deben antes de los servicios rendidos. Pagos se deben pagar el \_\_\_\_\_ para los programas en sesión (Ejemplo: Pagos de diciembre se deben de pagar en Noviembre). Si la fecha se cae en un fin de semana (Sábado o Domingo) los pagos se deben el Viernes antes. Si falla en pagar a tiempo, su cuenta tendrá sobre cargo de **\$20 de cuota por miembro**, que necesita pagar antes de continuar en el programa. Todas las cuentas están sujetas a pagos atrasados, a menos que previamente haiga acordado con el Ejecutivo de Sucursal o por su representante aprobado. Con el fin de proporcionar personal adecuado, tenemos que saber los números con anticipación. Por favor, ayúdenos a proporcionar el mejor programa para sus hijos.

Firma del Padre o Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Nombre en imprenta: \_\_\_\_\_

=====

**Aviso**

Al proporcionar un número de teléfono móvil, acepta recibir notificaciones de mensajes de texto. Si rechaza o no responde, no recibirá nuestros avisos de recordatorios de pagos, cierres, excursiones, transporte y otras oportunidades especiales.

Teléfono de Celular # \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Guardián Legal: \_\_\_\_\_

