



Costo Anual \$100

Julio 1, 2019 – Junio 30, 2020

Aplicación para Membresía

Marca la locación a la que tu hijo/a asistirá

- Truckee-Site
- Truckee-ACMS Site
- Kings Beach-Site
- Duffield Youth Program

Por favor lea y llene completamente. Las aplicaciones incompletas no se procesarán.

INFORMACION DEL MIEMBRO

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Género Masculino Femenino Escuela: _____ Grado: _____ Maestro: _____

Pertenencia Étnica: Africano Americano Asiático Blanco Hispano Nativo Americano Otro _____

INFORMACION MÉDICA DEL MIEMBRO

Doctor: _____ Número Tel. de su Doctor: _____ Seguro Médico: _____

Problemas Médicos (alergias, miedos, discapacidades, etc.): _____

Medicamentos: _____

CABEZA DE FAMILIA

TIPO DE FAMILIA: 1 Padre 2 Padres Padres Adoptivos/Guadianés Abuelos Otro

Nombre: _____

Género Masculino Femenino

Correo Electrónico: _____

Dirección: _____

P.O. Box _____

Tel- Casa: _____

Tel - Celular: _____

Tel - Trabajo: _____

Nombre: _____

Género Masculino Femenino

Correo Electrónico: _____

Dirección: _____

P.O. Box _____

Tel- Casa: _____

Tel - Celular: _____

Tel - Trabajo: _____

Su familia califica para el programa de asistencia federal del almuerzo: **Gratis/Reducido** Si No?

Tamaño de Familia: _____ (Número de personas viviendo en el hogar)

Es un hogar de padres soltero Sí No

Ingreso Anual: \$0 – 19,000 \$19,001 – 23,000 \$23,001 – 28,000 \$28,001 – 32,000 \$32,001 – 37,500 \$37,501+

Para uso de la oficina solamente

Membership # _____ Renewal Yes No Date Received ____/____/____ Receipt No. _____

Paid \$ _____ Date ____/____/____ Payment Type cash check _____ credit card

Entered into Comet Received Card Expiration 6/30/2020

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____ Género Masculino Femenino
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____ Teléfono Mobil: _____

PERSONAS AUTORIZADAS A LEVANTAR A SU HIJO/A

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____
Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____
Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Su Firma aquí reconoce que toda la información en esta aplicación es verdadera dentro de su conocimiento.

Fecha	Nombre del Padre/Guardian	Firma del Padre/ Guardian

Por favor considere ayudar a otro niño o familia que tenga necesidad haciendo una donación a BGCNLT.

El Club se sostiene con el apoyo financiero de donantes locales para que todos los niños tengan acceso a programas de alta

A un precio accesible para todos.

Cantidad de donación: _____ \$25 _____ \$50 _____ \$75 _____ \$100 _____ otro

Todos los regalos son deducibles de impuestos BGCNLT es un 501 (c) 3, número de Identificación federal 31-1549603.

Se le enviara un recibo por su donación. ¡Gracias!



Las Pólizas y Trámites para Membresía

Consentimiento y Reconocimiento: favor de poner sus iniciales en los espacios a la izquierda de cada declaración

_____ Yo doy mi consentimiento y reconozco que el BGCNLT y sus patrocinadores pueden utilizar fotografías o videos del ya mencionado joven que pueden ser tomadas durante su participación en los programas y actividades que son ofrecidos por el BGCNLT. Y yo renuncio a todo derecho de compensación.

_____ Yo doy mi consentimiento para que mi hijo/a participe de las encuestas hechas por Boys & Girls Clubs of América. La información será para uso interno y para seguir los avances de los miembros.

_____ BGCNLT ofrece programas educativos, como por ejemplo "Pasos Inteligentes". Mi hijo(a) tiene permiso de participar en las discusiones de clase, las cuales enseñan a los jóvenes sobre la pubertad, desarrollo de crecimiento, y los peligros de las drogas, alcohol y las malas compañías. También para participar en las encuestas anónimas relacionadas con estos temas.

_____ Entiendo que el BGCNLT realiza sus programas en mutuo acuerdo con el Distrito Escolar de Tahoe/Truckee/Distrito Escolar de Washoe otras organizaciones basadas en la comunidad, y que la información acerca de mi hijo(a) puede ser compartida entre ambos con el propósito de proveer los servicios necesarios, evaluar la eficacia de los programas y para desarrollar nuevos y mejores programas para satisfacer las necesidades e intereses de nuestros miembros.

_____ Entiendo que el Club puede contactar el Departamento de Policías / Sheriff si es cuestionable la sobriedad del individuo que va a recoger al miembro.

_____ El Boys & Girls Club de North Lake Tahoe opera una póliza de **Puertas Abiertas**. Yo entiendo que es mi responsabilidad como padre/guardián, asegurarme que su hijo/a entienda que debe esperar en el Club hasta que yo lo recoja, o caminar a casa a una hora apropiada, debo planear quien recoge a mi hijo/a del Club, El personal del Club no se hará responsable si mi hijo/a deja la propiedad del Club sin autorización. Favor de Contactar al director de programas si tiene preguntas.

_____ Yo doy mi permiso para que mi hijo participe en programas de computadora educativos y supervisados, también doy mi permiso para que mi hijo participe en paseo donde caminarán dentro del área de Kings Beach.

_____ Yo el padre/guardián, apruebo esta registración para que mi hijo/a sea miembro del Boys & Girls Club de North Lake Tahoe y me comprometo a notificar a la oficina de cualquier cambio en nuestra dirección o teléfono.

_____ Yo entiendo que el Boys & Girls Club de North Lake Tahoe mantiene una póliza de **NO REMBOLSO**.

_____ Yo entiendo que, en el evento de un problema de disciplina extremo, mi hijo(a) no tendrá uso del Club y/o participar en sus programas por una cantidad de tiempo.

_____ Yo entiendo que yo soy responsable por gastos médicos que surjan debido a un accidenté en una actividad en el Club. Yo entiendo que el Club no provee seguro médico de accidentes para los miembros o participantes y no acepta responsabilidad financiera por gasto relacionados a un accidenté o lastimaduras que haya sufrido el miembro.

Renuncia de Responsabilidad y Reclamo:

_____ Renuncia de Responsabilidad y Reclamo: Por y en consideración de la membresía de mi hijo(a) y su participación en los programas, actividades, eventos y la facilidades del BGCNLT, Yo como padre/guardián del menor ya mencionado, renuncio o libero y estoy de acuerdo en no culpar al BGCNLT, sus patrocinadores, oficiales, directores, agentes, y voluntarios, el Estado de California, al Condado de Placer, el Condado de washoe, el Distrito Escolar de Tahoe/Truckee, el Distrito Escolar de Washoe, el Distrito de Utilidades Públicas del Norte de Tahoe, su personal, sus voluntarios, y chóferes de cualquier reclamo que pueda surgir del resultado de la ida y regreso de los viajes, o de la participación y/o por estar envueltos en las actividades o sus programas. Yo juro y verifiqué que tengo conocimiento completo de los riesgos envueltos en dicha participación y que yo asumiré plena responsabilidad en nombre del miembro ya mencionado, de cualquier pago médico o emergencia que incurra. También reconozco que mi hijo(a) está capacitado físicamente y entrenado lo suficiente para participar en los programas y actividades del BGCNLT.

_____ Autorización para Emergencias: Yo, el que firma abajo como padre/tutor del menor, autorizo y doy mi consentimiento para que el personal del BGCNLT, sus patrocinadores, voluntarios o chóferes actúen como mis agentes para consentir tratamiento médico, cirujano, o dental. En caso de una emergencia yo autorizo tratamiento y/o cuidado en cualquier hospital o por una persona con certificación médica.

Nota: Su firma reconoce que ha leído y aceptado todas las pólizas del Club escritas anteriormente y en el Manual para los Padres.

Fecha	Nombre de Padre/Guardian	Firma del Padre/Guardian	Firma del Miembro
-------	--------------------------	--------------------------	-------------------

