

**BOYS & GIRLS CLUBS of BOSTON (BGCB)**  
**NUEVA SOLICITUD DE MEMBRESÍA NEW PARA NIÑOS (6 A 12 AÑOS)**

Solo para uso de la oficina	
Tarifa recibida _____	Fecha: _____
Número de membresía _____	
Orientación completada: S / N Comprobante de edad: S / N	

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

¡Bienvenido al club! **Toda la información se mantendrá confidencial.** No discriminamos sobre la base de ingresos, raza, condición de discapacidad, orientación sexual o género. Nuestro objetivo es hacer cualquier ajuste o apoyo razonable para nuestros miembros para asegurar su éxito en el club. Alguna de la información que solicitamos nos ayuda a mantener nuestras tarifas de membresía bajas y asequibles.

Gracias por escribir con claridad.

**Club (marque uno):**

- Blue Hill (Dorchester)  Charlestown  Chelsea (Jordan)  Condon  Franklin Hill  
 Hennigan  Mattapan  Orchard Gardens  South Boston  Sumner  Yawkey (Roxbury)

**Tipo de membresía (marque una):**

- Nueva membresía  
 Renovación de membresía

**INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR**

Parentesco con el miembro (encierre con un círculo) Madre Padre Padrastro Tía/tío Hermana Hermano Primo/prima Abuelo Padre sustituto Otro _____ Nombre _____ Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____ Teléfono celular _____ Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____ Dirección de correo electrónico _____	Parentesco con el miembro (encierre con un círculo) Madre Padre Padrastro Tía/Tío Hermana Hermano Primo/prima Abuelo Padre sustituto Otro _____ Nombre _____ Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____ Teléfono celular _____ Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____ Dirección de correo electrónico _____
--	--

¿Fue usted miembro de un Boys & Girls Club durante la niñez?  No  Sí (especificar dónde):

**INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA**

Sus respuestas a los elementos que se encuentran a continuación se mantienen **CONFIDENCIALES** y son cruciales para los proveedores de fondos y nos ayudan a mantener las tarifas de afiliación bajas al asegurar donaciones y subvenciones. Se requiere toda la información para la membresía. ¡Gracias!

<b>Cantidad total de personas en el hogar (marque uno):</b> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 o más	<b>El miembro vive con mayor frecuencia con (marque uno):</b> <input type="checkbox"/> Padre solamente <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Madre solamente <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padre sustituto <input type="checkbox"/> Hermanas: ¿Cuántos? _____ <input type="checkbox"/> Hermanos: ¿Cuántos? _____	<b>Tipo de vivienda:</b> <input type="checkbox"/> Vivienda pública / Programa de voucher (sección 8) <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Vive con parientes <input type="checkbox"/> Casa de acogida <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>Hogar de un solo padre/ tutor (marque uno)</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Los padres tienen la custodia compartida
---	---	---	--

NOMBRE DEL MIEMBRO: \_\_\_\_\_

Solo se procesarán los formularios completados

Ingreso anual del hogar: Seleccione el rango más adecuada

<input type="checkbox"/> \$0 – \$13,000	<input type="checkbox"/> \$27,001 – \$33,000	<input type="checkbox"/> \$46,001 – \$49,000	<input type="checkbox"/> \$59,001 – \$63,000	<input type="checkbox"/> \$73,001 – \$76,000	<input type="checkbox"/> \$86,001 – \$89,000
<input type="checkbox"/> \$13,001 – \$17,000	<input type="checkbox"/> \$33,001 – \$37,000	<input type="checkbox"/> \$49,001 – \$53,000	<input type="checkbox"/> \$63,001 – \$66,000	<input type="checkbox"/> \$76,001 – \$79,000	<input type="checkbox"/> \$89,001 – \$96,000
<input type="checkbox"/> \$17,001 – \$23,000	<input type="checkbox"/> \$37,001 – \$43,000	<input type="checkbox"/> \$53,001 – \$56,000	<input type="checkbox"/> \$66,001 – \$69,000	<input type="checkbox"/> \$79,001 – \$83,000	<input type="checkbox"/> \$96,001 – \$103,000
<input type="checkbox"/> \$23,000 – \$27,000	<input type="checkbox"/> \$43,001 – \$46,000	<input type="checkbox"/> \$56,001 – \$59,000	<input type="checkbox"/> \$69,001 – \$73,000	<input type="checkbox"/> \$83,001 – \$86,000	<input type="checkbox"/> \$103,001 – \$113,000

Programas de asistencia (marque todos los que correspondan)

- SSI (Seguridad social)  SSD (Seguridad social por discapacidad)  Medicaid  
 Compensación de veteranos  WIC (Mujeres, Infantes y niños)  
 SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria) / Cupones de alimentos  
 TANF (Asistencia temporal para familias necesitadas)  Otro \_\_\_\_\_

\$113,001 – \$123,000

Otro: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer  \_\_\_\_\_

*Se requiere un certificado de nacimiento y un comprobante de inscripción al primer año para todos los menores de seis años. Toda la información que se recopile en la solicitud de membresía es confidencial, y solo el personal adulto designado específicamente tendrá acceso a ella.*

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono celular del miembro: \_\_\_\_\_ Correo electrónico del miembro: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ ¿El miembro ha estado antes en este año?  Sí  No

¿Los hermanos del miembro son miembros actuales o pasados del club?  Sí  No

¿El miembro está en cuidado tutelar?  Sí  No

¿El miembro ha asistido a otro programa/club de BGCB?  Yawkey  Jordan  Orchard Gardens  Blue Hill  Sumner  Hennigan  
 South Boston  Franklin Hill  Mattapan  Charlestown  Condon

¿Cómo llegará su hijo a casa desde el club? (Marque todos los que correspondan)

Camina (para mayores de 10 años, ver la política de caminata del BGCB)  Camina con hermano (los hermanos deben tener más de 12 años según la política de BGCB)  Recogido por un adulto  Otro: \_\_\_\_\_

Raza (marque uno):

- Afroamericano/negro  
 Asiático  
 Caucásico/blanco  
 Hispano/latino  
 Multirracial  
 Nativo Americano/isleño del pacífico  
 Otra: \_\_\_\_\_

Idioma más utilizado en la casa (marque uno):

- Otro: \_\_\_\_\_  
 Inglés  Mandarín  
 Criollo haitiano  Francés  
 Hindi  Vietnamita  
 Portugués  Camboyano  
 Español  Caboverdiano

¿Qué tan bien habla inglés el miembro?

- No muy bien  
 Medianamente bien  
 Muy bien

Está el miembro en un programa guardería?

- Sí  
 No

**Alergias**

Marque aquí si su hijo no tiene alergias conocidas. (Marque las alergias debajo.)

Alimentos:  Cacahuates  Frutos secos  Lácteos/lactosa  Soya  Trigo  Mariscos  Huevos  Otro: \_\_\_\_\_

Medicina:  Penicilina  Aspirina  Amoxicilina  Otra: \_\_\_\_\_

Medio ambiente:  Picaduras de abeja  Polen  Polvo  Moho  Césped

Otro:  Látex  Perfumes/Colonias  Lociones  Otra: \_\_\_\_\_

¿Su hijo usa EpiPen?  Sí  No

Sí (especifique para qué alergias lo usa): \_\_\_\_\_

**Condiciones médicas**

Marque aquí si su hijo no tiene ninguna condición médica conocida. (Marque las condiciones médicas debajo.)

Asma  Diabetes  Discapacidad auditiva  Ceguera  TDAH  Autismo  Convulsiones  Ansiedad/Depresión  Otra: \_\_\_\_\_

¿Le preocupa alguna condición médica que afectará su tiempo en el club?  Sí  No Si marcó Sí, explique: \_\_\_\_\_

¿Su hijo usa un inhalador?  Sí  No

¿Su hijo usa insulina?  Sí  No

¿Su hijo se autoadministra medicamentos?  Sí  No Si la respuesta es sí, ¿qué medicamentos toma? \_\_\_\_\_

Otra información médica que desee compartir con el personal: \_\_\_\_\_

**Información del contacto médico**

Compañía de seguro de salud:  Mass Health  Tufts  Harvard Pilgrim  Fallon Community Health  Blue Cross/Blue Shield

Neighborhood Health  Otra \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

Nombre del médico de atención primaria \_\_\_\_\_

Número de teléfono del médico \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA:** Dos personas a quienes podemos contactar en caso de que usted no esté disponible. Usted no se puede incluir.

¿Esta persona está autorizada para recoger al miembro?  Sí  No

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco con el miembro (encierre con un círculo) Tía/tío Hermana  
Hermano Primo Abuelo Amigo de la familia Otro: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

¿Esta persona está autorizada para recoger al miembro?  Sí  No

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco con el miembro (encierre con un círculo) Tía/tío Hermana  
Hermano Primo Abuelo Amigo de la familia Otro: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

**Educación sobre pubertad** (responda solamente si su hijo tiene entre 8 y 12 años, o cumplirá 8 este año)

¿Desea que su hijo (de 8 a 12 años) sea parte de nuestro programa cuerpos en desarrollo saludables?

 Sí  No

(Nota: puede pedir más información sobre este programa al personal del Club).

**CUESTIONARIO DE APOYO AL MIEMBRO**

Nuestro objetivo es aprender tanto como sea posible sobre nuestros miembros para hacer cualquier *ajuste o apoyo razonable* que asegurará su éxito en el club. Cada club tiene el derecho de tomar decisiones de membresía a partir de los recursos y la capacidad de sus instalaciones y el personal.

¿Qué esperanzas tiene usted para su hijo en el club? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son las fortalezas de su hijo? \_\_\_\_\_

Indique si su hijo podría usar un apoyo adicional en cualquiera de las siguientes áreas:

**Física**

- Usa/necesita silla de ruedas  
 Usa/necesita acceso al ascensor  
 Otra

**Comunicación**

- Lenguaje de señas  
 Lenguaje no verbal

**Otras áreas comunes donde los miembros pueden necesitar apoyo adicional:**

- Pasar de una actividad a otra  
 Manejar la sobreestimulación (p. ej., a luces o ruido)  
 Seguir indicaciones  Manejar la frustración  
 Hacer y mantener amistades  Controlar la ira u otros sentimientos  
 Manejar una experiencia de grupo grande  Pedir ayuda

Otra: \_\_\_\_\_

¿Qué puede ser frustrante o molesto para su hijo, y cómo podemos apoyarlo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Su hijo recibe ayuda adicional en la escuela o en la comunidad?

- Plan de educación individualizado (IEP)  504 (adaptación)  Entrenador de discurso  Se reúne con un consejero de la escuela o privado  Otro: \_\_\_\_\_

¿Hay algún proveedor actual que conozca a su hijo que sería de gran ayuda para nosotros hablar con él (es decir, maestro, consejero, médico)?  Sí  No **\*En caso afirmativo, acuda al trabajador social del club para firmar una divulgación de información.**

¿Hay algo más que le gustaría que supiéramos? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Para los fines de los consentimientos, exenciones y descargos en esta página, "BGCB" se refiere e incluye Boys and Girls Clubs of Boston, Inc. y todos sus Clubes, sitios y programas.**

**CONSENTIMIENTOS:** *marque sí o no*

**Encuestas y cuestionarios** Yo, el padre/tutor del niño menor de edad mencionado en la solicitud, autorizo a BGCB a que encueste a mi hijo sobre su experiencia, sus comportamientos, sus habilidades y sus actitudes en el club mediante el uso del kit de herramientas de medición de resultados de Boys & Girls Clubs of América (BGCA) u otros instrumentos de encuesta. Autorizo a BGCB a compartir información acerca de mi hijo con BGCA u otros socios del programa con fines de investigación o para evaluar la eficacia del programa. Toda la información compartida se mantendrá confidencial al compartirse a través de datos no identificados o al compartir información en conjunto.

Sí  No

**Materiales de relaciones públicas** Yo, el padre/tutor del niño menor de edad mencionado en la solicitud, autorizo a que su imagen o su nombre aparezcan en periódicos, boletines o cualquier otro material promocional para BGCB, así como registros de audio o video, y para su uso o distribución en otras publicaciones no pertenecientes a BGCB, ya sean electrónicas o de otro tipo, sin notificarme. Además, acepto permitir que BGCB use las fotografías, las cintas de audio, los registros de video u otro trabajo realizado por mi hijo menor de edad con fines publicitarios. Por la presente renuncio a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar lo mencionado anteriormente que se pueda usar ahora o en el futuro, ya sea que conozca o no el uso, y renuncio a cualquier derecho a regalías u otra compensación derivada de allí.

Sí  No

**EXENCIÓN:** *firme al final de la hoja*

**Trabajos creativos** - Yo, el padre o tutor del niño menor de edad mencionado en la solicitud, por la presente reconozco, comprendo y acepto que cualquier trabajo realizado por los participantes y miembros que participen en las actividades de un club o programa de BGCB, y que todos los derechos, los títulos y los intereses de estos, incluidos, entre otros, composiciones musicales, poesías, grabaciones u otros trabajos creativos de arte o tecnología realizados por el miembro de manera individual o grupal con cualquier otro personal, miembro u otro similar (a los que se hace referencia en adelante como el "Trabajo"), son de propiedad única y exclusiva de BGCB. BGCB no estará limitado o restringido de ninguna manera por el padre/tutor y el miembro, o cualquier tercero, en cualquier uso o fin determinado, a su único y exclusivo criterio. El padre/tutor y el miembro declaran y garantizan que ni el Trabajo ni cualquier parte o elemento de este infringen o van en contra de los derechos de cualquier tipo o carácter de alguna persona o entidad, y deberán indemnizar y eximir de responsabilidad a BGCB frente a cualquier reclamación, demanda, pérdida, daños, juicios y responsabilidad que resulte de su incumplimiento. En ningún caso, el padre/tutor tendrá derecho a demandar a BGCB o a buscar u obtener algún mandato judicial, o equivalente, en relación con el Trabajo o cualquier parte o elemento de este, o su distribución o aprovechamiento de cualquier tipo.

**Varios** - Comprendo que el club no es, ni pretende ser, una guardería autorizada. *((A menos que su hijo esté registrado en el Programa autorizado de cuidado de niños en edad escolar)).*

**Asuntos médicos** - En el caso de lesión, o si se requiere de atención de emergencia y no pueden contactarme, autorizo al personal de Boys & Girls Clubs of Boston a firmar la atención médica de emergencia para el menos mencionado en la solicitud.

**Descargo de responsabilidad** - Certifico que la solicitud es objetiva y completa a mi mejor saber y entender. Yo, por el presente, autorizo al niño menor de edad mencionado en la solicitud para que sea un miembro de BGCB. Comprendo que el club no es responsable de daños personales o pérdidas de propiedad personal y que seré financieramente responsable de cualquier daño o vandalismo intencional al club causado por mi hijo. Comprendo que la participación depende de la recepción del manual para padres de BGCB y del compromiso de asistir a una sesión de orientación previa a la participación. Comprendo que el código de conducta será respetado y el hecho de que un miembro no cumpla con este código puede resultar en la terminación de la membresía.

**Exención y pacto de no demanda** - Teniendo en cuenta que otorgo mi consentimiento para que mi hijo participe en las actividades ofrecidas, presentadas o patrocinadas por BGCB, afiliadas o relacionadas con este de cualquier otra forma (las "Actividades"), acepto indemnizar, liberar, mantener libre de perjuicio, exonerar de responsabilidad para siempre y pactar no demandar a BGCB, BGCA y cualquiera de sus directores, supervisores, funcionarios, fiduciarios, empleados, agentes, afiliados, sucesores y asignatarios, y absolverlos de cualquiera y toda responsabilidad por reclamos o demandas, de cualquier índole o naturaleza, que surja a partir de la participación de mi hijo en las Actividades, ya sea que estas Actividades se lleven a cabo en las instalaciones de BGCB o en otro lugar. También pacto no demandar, ni hacer demandas o reclamos contra BGCB, u otras partes aquí divulgadas, por motivo de daños o lesiones personales que surjan a partir de la participación de mi hijo en las Actividades, ya sea que estas Actividades se lleven a cabo en las instalaciones de BGCB o en otro lugar. Esta exención y pacto de no demanda se debe interpretar según lo máximo permitido conforme a las leyes de Massachusetts y, solo en la medida en que alguna parte no sea considerada válida, lo restante se interpretará del modo más cercano a lo anteriormente expresado.

Firma del padre/tutor : \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\*Su firma confirma que toda la información proporcionada anteriormente es veraz y exacta