

BOYS & GIRLS CLUBS of BOSTON (BGCB)
SOLICITUD DE MEMBRESÍA PARA JÓVENES (DE 6 A 12 AÑOS)

Solo para uso interno	
Cuota recibida _____	Fecha: _____
Número de socio _____	
Orientación Completada: S / N	
Prueba de edad: S / N	

Fecha: _____ Nombre del miembro: _____

¡Bienvenido al club! **Toda la información a continuación se mantendrá confidencial.** No discriminamos según ingresos, raza, estado de discapacidad, orientación sexual o género. Nuestro objetivo es proporcionar cualquier adaptación o apoyo razonable para nuestros miembros que garantice su éxito en el club. Parte de la información que solicitamos nos ayuda a mantener nuestras tasas de membresía bajas y asequibles. **¡Gracias por escribir con letra de imprenta de forma clara!**

Club (marque uno):

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

Tipo de membresía (marque uno):

- Nueva membresía
 Renovación de membresía

¿Su hijo es miembro de EPIC: Enhancing Potential, Inspiring Change? Si No

INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIAN

INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIAN

<p>Nombre: _____</p> <p>Relación con el miembro (encierre en un círculo): Madre Padre Padrastro Tía/tío - Hermana Hermano Primo Abuelo Padre adoptivo Otro _____</p> <p>Otro teléfono: _____ -- _____ -- _____</p> <p>Otro teléfono: _____ -- _____ -- _____</p> <p>Dirección de correo electrónico: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad _____ Código Postal: _____</p>	<p>Nombre: _____</p> <p>Relación con el miembro (encierre en un círculo): Madre Padre Padrastro Tía/tío - Hermana Hermano Primo Abuelo Padre adoptivo Otro _____</p> <p>Otro teléfono: _____ -- _____ -- _____</p> <p>Otro teléfono: _____ -- _____ -- _____</p> <p>Dirección de correo electrónico: _____</p> <p>¿Vive en la misma casa que el miembro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
---	--

¿Asistió a un Boys & Girls Club cuando era niño? No Si (especifique dónde): _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA: Hasta tres personas con las que podemos comunicarnos en caso de no poder ser contactado.

Todos los contactos de emergencia deben tener su permiso para recoger al miembro del club. Usted NO puede ser uno de los contactos de emergencia. Usted NO puede ser uno de los contactos de emergencia.

<p>Nombre: _____</p> <p>Relación con el miembro (encierre en un círculo): Tía/tío Hermana/o Primo Abuelo Amigo de la familia Otro: _____</p> <p>Telefono móvil: _____ - _____ - _____</p> <p>Otro Telefono: _____ - _____ - _____</p>	<p>Nombre: _____</p> <p>Relación con el miembro (encierre en un círculo): Tía/tío Hermana/o Primo Abuelo Amigo de la familia Otro: _____</p> <p>Telefono móvil: _____ - _____ - _____</p> <p>Otro Telefono: _____ - _____ - _____</p>	<p>Nombre: _____</p> <p>Relación con el miembro (encierre en un círculo): Tía/tío Hermana/o Primo Abuelo Amigo de la familia Otro: _____</p> <p>Telefono móvil: _____ - _____ - _____</p> <p>Otro Telefono: _____ - _____ - _____</p>
---	---	---

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Sus respuestas a continuación se mantienen **CONFIDENCIALES** y son esenciales para nuestros patrocinadores. Esta información ayuda a mantener bajas las cuotas de membresía al asegurar donaciones y subvenciones. Se necesita toda esta información para ser miembro. ¡Gracias!

N.º total de personas en el hogar (marque uno): 2 3 4 5 6 7 8 o más

<p>El miembro vive frecuentemente con (marque uno):</p> <p><input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Solo padre <input type="checkbox"/> Solo madre <input type="checkbox"/> Abuelo/s <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> madrastra <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Hermano/s <input type="checkbox"/> Hermana/s <input type="checkbox"/> Tutor/es <input type="checkbox"/> Padre/s adoptivo/s</p>	<p>Tipo de hogar (marque uno):</p> <p><input type="checkbox"/> Programa de vivienda pública/cupones (Sección 8) <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Casa propia <input type="checkbox"/> Alberque <input type="checkbox"/> Vive con parientes <input type="checkbox"/> Hogar de acogida <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Otras _____</p>
---	---

NOMBRE DE MIEMBRO: _____

Solo se procesarán los formularios completos

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingreso anual del hogar: seleccione el rango que se ajuste mejor:

- \$0 – \$13,000 \$13,001 – \$17,000 \$17,001 – \$23,000 \$23,001 – \$27,000 \$27,001 – \$33,000 \$33,001 – \$37,000
 \$37,001 – \$43,000 \$43,001 – \$46,000 \$46,001 – \$49,000 \$49,001 – \$53,000 \$53,001 – \$56,000 \$56,001 – \$59,000
 \$59,001 – \$63,000 \$63,001 – \$66,000 \$66,001 – \$69,000 \$69,001 – \$73,000 \$73,001 – \$76,000 \$76,001 – \$79,000
 \$79,001 – \$83,000 \$83,001 – \$86,000 \$86,001 – \$89,000 \$89,001 – \$96,000 \$96,001 – \$103,000 \$103,001 – \$113,000
 \$113,001 – \$123,000 Otros: _____

Programa de asistencia (marque todo lo que corresponda):

- Marque aquí si NO recibe asistencia** (marque abajo para indicar los diferentes tipos de asistencia).
 SSI (Ingreso de Seguridad Social) SSD (Seguro Social por Discapacidad) Medicaid Compensación para excombatientes WIC (Mujeres, bebés y niños) SNAP (Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria)/cupones para alimentos TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) Otro: _____

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre del miembro: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad: _____ Genero: Masculino Femenino _____
Se requiere un certificado de nacimiento y una prueba de inscripción de primer grado para todos los niños de seis años. Toda la información recopilada en la solicitud de membresía es confidencial y solo será vista por personal adulto específicamente designado

Telefono móvil del miembro: _____ Correo electrónico del miembro: _____

Escuela: _____ Grado: _____ ¿El miembro ha estado en este grado anteriormente? ? Si No

¿Los hermanos del miembro son miembros actuales o antiguos del club? Si No

¿El miembro está en cuidado adoptivo? Si No

¿El miembro ha asistido a otro club o programa 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 todo lo que corresponda)

Caminará (a partir de los 10 años, vea la política de caminantes de BGCB) Caminará con sus hermanos (Los hermanos deben ser mayores de 12 años según la política de BGCB)
 Un adulto lo recogerá Otro: _____

Raza (marque una):

- Afroamericano /Negro
 Asiático
 Caucásico/blanco
 Hispano/Latino
 Multirracial
 Nativo americano/isleño del Pacífico
 Otro: _____

Idioma más utilizado en casa (marque uno):

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

¿Qué tan bien habla inglés el miembro?

- No tan bien
 Más o menos
 Muy bien

Necesita servicios de traducción?

- Si (especifique que idioma): _____
 No

¿El miembro recibe subsidios de cuidado de niños?

- Si
 No

Alegrías

Marque aquí si su hijo NO tiene alergias conocidas. (Marque abajo las alergias)

Comida: Maní Frutos secos Productos lácteos/lactosa Soja Trigo Mariscos/crustáceos Huevos Otro: _____

Medicamentos: Penicilina Aspirina Amoxicilina Otro: _____

Ambiental: Picadura de abejas Polen Polvo Moho Grama

Otro: Latex Perfumes / Colonias Lociones Otro: _____

¿Su hijo usa un Epipen? No Sí (especifique para qué alergias lo usa): _____

NOMBRE DEL MIEMBRO: _____

Solo se procesarán los formularios completos

Condiciones médicas

Marque aquí si su hijo NO tiene alguna condición médica conocida. (Marque abajo las condiciones médicas).

Asma Diabetes Deficiencia auditiva Ceguera TDAH Autismo Convulsiones Ansiedad/ Depresión Otro: _____

¿Está preocupado por una condición médica que afectará su estancia en el club? Si No

En caso afirmativo, explique: _____

¿Su hijo usa un inhalado? Si No Utiliza insulina? Si No ¿Se autoadministra medicamentos? Si No

Si su hijo se autoadministra medicamentos, ¿qué medicamento toma su hijo? _____

Otra información médica para compartir con el persona: _____

Información de contacto médico

Seguro: Mass Health Tufts Harvard Pilgrim Fallon Blue Cross / Blue Shield Neighborhood Health Otro _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Número de póliza: _____

Nombre del médico de atención primaria: _____ Número de teléfono del médico: _____

Educación sobre la pubertad (solo responde si su hijo tiene o tendrá entre 8 y 12 años este año. (Puede solicitar más información al personal del club)

¿Le gustaría que su hijo (de 8 a 12 años) sea parte de nuestra programación de organismos en desarrollo saludables? Si No

CUESTIONARIO DE APOYO PARA LOS MIEMBROS

Nuestro objetivo es aprender lo más posible acerca de nuestros miembros para proporcionar cualquier apoyo o adaptación razonable para asegurar su éxito en el club. Cada club tiene el derecho de tomar decisiones de membresía en función de los recursos y la capacidad de sus instalaciones y personal.

Necesidad Físicas

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

Comunicación

- Lenguaje de señas No Verbal

Otras áreas comunes donde los miembros pueden necesitar apoyo adicional:

- Pasar de una actividad a otra
- Seguir instrucciones
- Hacer y mantener amistades
- Administrar una gran experiencia grupal
- Otro: _____
- Administrar la sobrestimulación (ejemplo: a las luces o al ruido)
- Administrar frustración
- Controlar la ira u otros sentimientos
- Pedir ayuda

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

Plan de Educación Individualizado (PEI) 504 Instructor del habla Se reúne con un consejero escolar o privado Otro: _____

¿Actualmente, hay proveedores con los que nos sería útil hablar (por ejemplo, maestro, consejero, médico)? Si No

*En caso afirmativo, consulte con el trabajador social del club para firmar una autorización a fin de obtener información.

¿Cuáles son las fortalezas de su hijo? _____

¿Qué podría frustrar a su hijo? _____

¿Hay algo más que quiera que sepamos? (Por ejemplo, sus esperanzas para su hijo en el club, cualquier inquietud que pueda tener)

NOMBRE DEL MIEMBRO: _____

Solo se procesarán los formularios completos

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

CONSENTIMIENTOS: *marque si o no*

Consentimiento de encuestas y cuestionarios: Yo, el padre/guardian del menor de edad que figura en la solicitud, autorizo a BGCB a que haga una encuesta a mi hijo sobre su experiencia en el club y sobre sus comportamientos, habilidades y actitudes mediante el Kit de herramientas de medición de resultados de Boys & Girls Clubs of America's (BGCA) u otros instrumentos de encuesta. Doy mi permiso a BGCB para compartir información sobre mi hijo con BGCA u otros socios del programa para fines de investigación o para evaluar la efectividad del programa. Toda la información compartida se mantendrá confidencial, se compartirá a través de la supresión de toda señal de identificación de datos o el intercambio de información en conjunto.

Si No

Consentimiento de fotos, videos y medios: Entiendo que BGCB usa imágenes y sonidos de niños y personal que participan en programas como una forma de documentar las experiencias divertidas y educativas que tienen en los clubes. BGCB hará todo lo posible para no identificar a mi hijo, o identificará a mi hijo menor de edad solo por su nombre, a menos que yo otorgue un permiso específico por escrito para hacer lo contrario.

Si No

En consideración de lo anterior, yo, el padre/guardian, doy permiso para que el menor de edad que figura en la solicitud tenga su foto o nombre en periódicos, boletines o cualquier otro material promocional para BGCB, así como también audio o grabaciones de video, y para uso o distribución en otras publicaciones, medios electrónicos o de otro tipo que no sean de BGCB, sin notificarme. También estoy de acuerdo en permitir que BGCB use fotografías, cintas de audio, grabaciones de video u otro trabajo producido por mi hijo menor de edad con fines publicitarios. Por la presente, renuncio a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar cualquiera de los anteriores que se pueden usar ahora o en el futuro, ya sea que este uso me sea conocido o desconocido, y renuncio a cualquier derecho de regalías u otra compensación que surja de ellos.

EXENCIONES Y LIBERACIONES: *Firme en la parte inferior.*

Trabajos creativos: Yo, el padre o guardian del menor de edad que figura en la solicitud, por este medio reconozco, comprendo y acepto que cualquier trabajo creativo desarrollado por los participantes y miembros que participan en actividades en un club o programa de BGCB, y todos los derechos, títulos e intereses en el mismo y al mismo, que incluyen, entre otros, composiciones musicales, letras de canciones, grabaciones u otras obras de arte creativas del mismo por parte del miembro de forma individual o colectiva con cualquier otro personal o miembro (todo lo que se menciona a continuación como el "Trabajo"), es propiedad exclusiva y exclusiva de BGCB. BGCB no estará limitada ni restringida de ninguna manera por el padre/guardian y el miembro o un tercero de cualquier uso o propósito determinado por BGCB a su entera y exclusiva discreción. El padre/guardian y el miembro representan y garantizan que ni el Trabajo, ni ninguna parte o elemento del mismo, infringe o viola los derechos de ningún tipo o naturaleza de cualquier persona o entidad. Además, deberá indemnizar y liberar de toda responsabilidad a BGCB de todos los reclamos, acciones, pérdidas, daños y perjuicios, sentencias y responsabilidades derivadas de un incumplimiento de los mismos. En ningún caso, el padre/guardian o miembro tendrá derecho a demandar a BGCB, solicitar u obtener una medida cautelar u otro tipo de alivio equitativo en relación con el Trabajo, cualquier parte o elemento del mismo, o cualquier distribución o explotación de cualquier tipo del mismo.

Observaciones: Entiendo que BGCB no es, ni pretende ser, un centro de cuidado con licencia. (A menos que su hijo esté registrado en el Programa de cuidado de niños en edad escolar con licencia).

Medical Atención médica: En el caso de una lesión, o si se requiere atención de emergencia y no se me puede contactar, autorizo al personal de BGCB a coordinar la atención médica de emergencia para el menor de edad que figura en la solicitud.

Descargo de responsabilidad: Certifico que la solicitud es objetiva y completa de la mejor manera posible. Por la presente, doy permiso para que el menor de edad que figura en la solicitud se convierta en miembro de BGCB. Entiendo que BGCB no es responsable por lesiones personales o pérdida de propiedad personal, y que seré financieramente responsable por cualquier daño intencional o vandalismo a BGCB causado por mi hijo. Entiendo que la participación está supeditada a la confirmación del recibo del manual para padres de BGCB y al compromiso de asistir a una sesión de orientación antes de la participación. Se entiende que el código de conducta se cumplirá y el incumplimiento de un miembro puede dar lugar a la terminación de la membresía.

Liberación y pacto para no demandar: En consideración por permitir que el menor de edad que figura en la solicitud participe en las actividades proporcionadas, organizadas, patrocinadas o afiliadas a BGCB (las "Actividades"), acepto indemnizar, liberar de toda responsabilidad, exonerar para siempre y realizar un pacto para no demandar a BGCB, a BGCA ni a ninguno de sus directores, funcionarios, administradores, empleados, agentes, afiliados, sucesores y cesionarios, y absolverlos de toda responsabilidad por cualquier reclamo o demanda, de cualquier tipo o naturaleza, que surja de la participación del niño en las Actividades, ya sea que dichas Actividades estén o no en las instalaciones de BGCB o en otro lugar. Además, me comprometo a no demandar ni presentar ninguna demanda o reclamación contra BGCB, u otras partes liberadas aquí, por cualquier daño o lesión personal de la participación del niño en las Actividades, ya sea que dichas Actividades se encuentren en las instalaciones de BGCB o en otro lugar. Esta Liberación y pacto para no demandar se debe leer con el máximo alcance posible según las leyes de Massachusetts y, en la medida en que alguna parte del presente documento se considere inválida, el resto se interpretará para ajustarse con la mayor precisión posible a lo anterior.

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

*Su firma confirma que toda la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa