



# Aplicacion de Miembrecia

Miembro nuevo \_\_\_\_  
Miembro Renovado \_\_\_\_

Primer nombre de miembro: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Genero: Masculino Femenina

Etnicidad: \_\_\_\_ Caucasico \_\_\_\_ Afroamericano \_\_\_\_ Hispano Americano \_\_\_\_ Nativo Americano  
\_\_\_\_ AsiáticoAmericano \_\_\_\_ Multirracial \_\_\_\_ Otro

Dirección de casa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numero teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Nivel de grado en la escuela: \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Distrito escolar \_\_\_\_\_

Su Hijo(a) Paso o Fallo el ano pasado? (Circule Uno)

A inscrito a su hijo(a) en el programa de 21<sup>st</sup> Century Scholars? SI o NO (Circule Uno)

Nombre de Padre o Guardián: \_\_\_\_\_ Relación al miembro: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono de el trabajo: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono de casa (si es diferente de el de arriba) \_\_\_\_\_ Numero de celular: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre o Guardián: \_\_\_\_\_ Relación al miembro: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono de el trabajo: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono de casa (si es diferente de el de arriba) \_\_\_\_\_ Numero de celular: \_\_\_\_\_

Nombre de el Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación al miembro: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono de el trabajo : \_\_\_\_\_ Numero de teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Numero de celular: \_\_\_\_\_

Miembro vive con: \_\_\_\_ Madre(Madrastra) y Padre(Padrastro) \_\_\_\_ Sólo Mama \_\_\_\_ Sólo Papa  
\_\_\_\_ Tia/Tio \_\_\_\_ Abuelos \_\_\_\_ Padre Adoptivo \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Cualquier padre/guardián es miembro de los militares? SI o NO (Circule Uno)

Su hijo(a) tiene hermanos o hermanas quien atendienden el club? SI o NO (Circule Uno)

Si, Si, como se llaman? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CONFIDENCIAL:** La información que sigue es requerida por el Club para obtener los fondos para la agencia sin fines de lucro. Los nombres nunca se usan y la información es completamente confidencial. Su cooperación en proporcionar esta informacion es agrededico y necesario.

Numeros de personas en la casa: \_\_\_\_\_

### Ingreso Anualment de la casa:

\_\_\_\_ \$0 - \$5,000    \_\_\_\_ \$5,001 - \$10,000    \_\_\_\_ \$10,001 - \$15,000    \_\_\_\_ \$15,001 - \$20,000    \_\_\_\_ \$20,001 - \$25,000  
\_\_\_\_ \$25,001 - \$30,000    \_\_\_\_ \$30,001 - \$35,000    \_\_\_\_ \$35,001-\$40,000    \_\_\_\_ \$40,001 - \$45,000    \_\_\_\_ \$45,001 - \$50,000  
\_\_\_\_ \$50,001 - \$55,000    \_\_\_\_ \$55,001-\$60,000    \_\_\_\_ \$60,001 - \$65,000    \_\_\_\_ \$65,001-\$70,000    \_\_\_\_ más de \$70,000

Verifique Todos Programas que Apliquen: \_\_\_\_ TANF    \_\_\_\_ Cupones de Alimento  
\_\_\_\_ Medicaid    \_\_\_\_ SSI    \_\_\_\_ SSDI    \_\_\_\_ Compensación de Veterano

Califica su hijo(a) para almuerzo gratis o reducido? \_\_\_\_ SI    \_\_\_\_ No

Puede caminar a casa su hijo(a)? \_\_\_\_ Si    \_\_\_\_ No

Ay algun con quien su hijo(a) NO se puede ir? \_\_\_\_\_

**Sólo Para Uso de Oficina:**  
Club ID Number: \_\_\_\_\_  
KidTrax ID Number: \_\_\_\_\_  
Date Enrolled: \_\_\_\_\_  
Receipt #: \_\_\_\_\_  
Staff Name: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_

## HISTORIA DE SALUD Y FORMULARIO DE PERMISO

Tiene su hijo(a) problemas médicos o alergias? \_\_\_\_Si \_\_\_\_No

Si, si explique por favor \_\_\_\_\_

Anote todos los medicamentos que su hijo(a) esta tomando por el momento:

Nombre de Doctor: \_\_\_\_\_ Numero de telefono de doctor: \_\_\_\_\_

Tiene Seguro de Salud? \_\_\_\_Si \_\_\_\_No

Nombre de Seguro de Salud \_\_\_\_\_ Numero de Polisa: \_\_\_\_\_

Tiene un Hospital o clínica preferida? \_\_\_\_Si \_\_\_\_No Si, si que hospital o clínica? \_\_\_\_\_

### PERMISO DE LOS PADRES Y LA LIBERACIÓN Y ACUERDO DE INDEMINIZACIÓN

Por lo presente yo doy permizo para que mi hijo(a) nombrado abajo que se una a los Boys & Girls Club de Indianapolis ( El Club) y doy permizo para que mi hijo(a) participe en los programas, actividades, viajes y que visite y use los instalaciones y que le tomen fotos de parte de El Club. Es entendido que todos los programas y actividades pueden incluir acceso a la red, encuestas, entrevistas y centrarse en discusiones de grupo

Doy permiso al Club y la escuela nombrado a continuación (y el distrito escolar asociado) para el intercambio de información con respecto a mi hijo/hija con el fin de ayudar a ambas organizaciones a hacer un mejor trabajo de ayudar a mi hijo a tener éxito en la escuela, en el Club y en la vida. Específicamente autorizo a la escuela de mi hijo para liberar al Club los siguientes datos por FERPA: Escuela de ISTEP partituras, referencia y puntuaciones de la evaluación sumativa, mediados de año y grados de final de curso, registros de asistencia, registros de conducta (incluyendo suspensiones/expulsiones), número de identificación de estudiante de estado de mi hijo/hija, y si mi hijo /hija fue promovido al próximo nivel del grado. También doy permiso para los profesores de mi hijo/hija en dicha escuela para completar una encuesta sobre el rendimiento académico y comportamiento de mi hijo/hija.

Toda y cualquier información recibida va ser guardada y completamente confidencial. El data va ser resumido y agregado y va ser excluido para referencias de los individuals. Los resultados agregados de los analisis pueden ser compartidos con los empleados de el Club, El Boys & Girls club de America (BGCA), financiadores y otras interesados de la comunidad para evedencia de lo efectivo de el programa y el impacto de el club y nuestros miembros incluyendo la información en esta forma de aplicación. Información proporcionada por la escuela de mi hijo(a) y el district va ser usada para proporcitos de invistigación en esta aplicación. Esta información va ser comparada con BGCA o UWCI y va ser confidencial.

Yo niego a identificar información de mi hijo(a) para el uso de United Way of Central Indiana.

En consideración de mi hijo(a) siendo aceptado para miembrecia y participación en el Club y actividades, yo por lo presente divulge y acepto mantener indemne e indemnizar el Boys & Girls Club de Indianapolis y cada uno de sus directores, oficiales, empleados, voluntaries y agentes contra y cualquier toda capacidad, reclamaciones, demandas, aciones, danos, cobros, cuentas, incluyendo cobros legales, perdidas, jusgas de lo que sea que puede resultar en la miembrecia de mi hijo(a) de el club, participación en el los programs de el club, actividades y viajes y facilidades resultando y parte de negligencia, actas y omisiones de el Boys & Girls club de Indianapolis, sus directores, oficiales, y empleados.

La historia de Salud y forma de permizo esta correcta por lo que yo se, y la persona incluida tiene permizo a cualquier actividad de el club exepto por lo notado. Autorización para tratamientos; Yo por lo presente doy permizo a el director de el Club para ordenar Radiografias, exams retinas, tratamiento, y que divulga cualquier datos necesarios para propósitos de aseguransa y poverder o arreglar transportación necesaria para mi hijo(a). En el evento que yo no pueda ser contactado en una emergencia, yo por lo presente doy permiso a el doctor o la enfermera seleccionada por el director de el club para asegurar cualquier liabilidad y respective oficiales, empleados, y miembros. Yo por lo presente de mi hijo(a) renuncio, divulgo y para siempre cumplir cualesquiera y todos los derechos para danos y perjuicios que mis hijos(a) puedan tener o no haber diverarse en los actividades de el club.

\_\_\_\_\_  
Padre/Guardian Nombre printado

\_\_\_\_\_  
Padre/Guardian firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de nino(a) printado

\_\_\_\_\_  
Escuela

\_\_\_\_\_  
Distrito escolar