



SOLICITUD DE MEMBRESÍA/INSCRIPCIÓN

TODA LA INFORMACIÓN DEBE SER COMPLETADA

Y UNA CUOTA DE MEMBRESIA DE \$30.00

ANTES DE PROCESAR LA SOLICITUD

LAS MEMBRESIAS SE RENOVAN ANUALMENTE

IMPRIMA POR FAVOR

TIPO DE MEMBRESIA: ☐ Miembro Juvenil ☐ Miembro Adolescente ☐ Renovación de Miembro

PROGRAMA PARA LA INSCRIPCIÓN:

☐ Membresía General ☐ Programa Extraescolar ☐ Programa para Adolescentes

☐ Drop-In de Preadolescentes (5th-8th) ☐ Drop-In de Adolescentes (9th-12th) ☐ Super Sábados

INFORMACIÓN BÁSICA DEL MIEMBRO:

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____

Género : ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Trans Masculino ☐ Trans Femenino ☐ No Binario

☐ Otro _____

Etnia: ☐ Afro Americano ☐ Hispano ☐ Asiático ☐ Cáucaso ☐ Hawaiano Nativo

☐ Americano Nativo ☐ Medio Oriente ☐ Multirracial

Acogimiento: ☐ Si ☐ No

INFORMACIÓN ESCOLAR DEL MIEMBRO:

Nombre de la escuela: _____

☐ Primaria ☐ Intermedia (4th – 6th) ☐ Secundaria (7th – 8th) ☐ High School (9th – 12th) ☐ Otro

Nombre del Maestro/a: _____ Grado _____

¿Participa su hijo en el programa de almuerzos escolares?

☐ Gratis ☐ Regular ☐ Reducido ☐ No Elegible

¿Recibe su hijo apoyo adicional/comunidad?

☐ Plan Educativo Individualizado (IEP) ☐ 504(acomodación) ☐ Profesor/a de oratoria

☐ Reuniones con el consejero escolar o privado ☐ Trabajador/a Social ☐ Otro

INFORMACIÓN DE LOS PADRES / GUARDIANES:

| Principal - Padre / Guardian | Segundo - Padre / Guardián |
|---|---|
| Nombre: _____ | Nombre: _____ |
| Relación con el niño: _____ | Relación con el niño: _____ |
| Dirección: _____ | Dirección: _____ |
| Ciudad, Estado, Código Postal: _____ | Ciudad, Estado, Código Postal: _____ |
| Teléfono # (____) _____ | Teléfono # (____) _____ |
| Tipo de teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo | Tipo de teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo |
| Teléfono # (____) _____ | Teléfono # (____) _____ |
| Tipo de teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo | Tipo de teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo |
| Correo: _____ | Correo: _____ |
| Trabajo: _____ | Trabajo: _____ |
| Posición: _____ | Posición: _____ |
| ¿Autorizado para recoger al niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| (Por definición, el padre/madre/tutor principal siempre está autorizado a recoger al menor). | |

CONTACTOS DE EMERGENCIA:

RECOGIDA AUTORIZADA:

| | |
|--|---|
| Contacto de emergencia Nombre: _____ Relación con el niño _____ Teléfono # (____) _____ Tipo de Teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo Teléfono # (____) _____ Tipo de Teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo ¿Autorizado para recoger al niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Recogida autorizada Nombre: _____ Relación con el niño _____ Teléfono # (____) _____ Tipo de Teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo Teléfono # (____) _____ Tipo de Teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo ¿Autorizado para recoger al niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Contacto de emergencia Nombre: _____ Relación con el niño _____ Teléfono # (____) _____ Tipo de Teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo Teléfono # (____) _____ Tipo de Teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo ¿Autorizado para recoger al niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Recogida autorizada Nombre: _____ Relación con el niño _____ Teléfono # (____) _____ Tipo de Teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo Teléfono # (____) _____ Tipo de Teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo ¿Autorizado para recoger al niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

RECOGIDA NO AUTORIZADA:

INFORMACIÓN FINANCIERA PRIMARIA DEL HOGAR:

TENGA EN CUENTA: La información financiera de su familia ayuda al Boys & Girls Club del Condado de Mercer para subvenciones y donaciones corporativas (para que podamos mantener las tarifas del programa económico). Toda la información se mantiene estrictamente confidencial.

Ingresos anuales estimados de todas las personas que viven en el hogar principal del niño. (Por hogar principal se entiende el hogar en el que el niño vive la mayor parte del tiempo)(Un hogar serían los padres y sus hijos)

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> \$0 - \$ 5,000 | <input type="checkbox"/> \$25,001 - \$30,000 | <input type="checkbox"/> \$55,001 - \$60,000 |
| <input type="checkbox"/> \$ 5,001- \$10,000 | <input type="checkbox"/> \$30,001 - \$35,000 | <input type="checkbox"/> \$60,001 - \$65,000 |
| <input type="checkbox"/> \$10,001 - \$15,000 | <input type="checkbox"/> \$35,001 - \$40,000 | <input type="checkbox"/> \$65,001 - \$70,000 |
| <input type="checkbox"/> \$15,001 - \$20,000 | <input type="checkbox"/> \$40,001 - \$45,000 | <input type="checkbox"/> \$70,001 - \$75,000 |
| <input type="checkbox"/> \$20,001 - \$25,000 | <input type="checkbox"/> \$45,001 - \$50,000 | <input type="checkbox"/> \$75,001 – o mas |

Número total de personas (adultos y niños) que viven en el hogar principal del niño_____

Número de personas menores de 18 años que viven en el hogar principal del niño_____

¿Hay algún miembro del hogar del niño que preste servicio en las Fuerzas Armadas de EE. UU.?? ☐Si ☐ No

Rama de servicio:_____

¿El miembro en servicio activo vive en el hogar principal? (Marque todo lo que corresponda):

☐ Madre ☐ Padre ☐ Madrastra ☐ Padrastro ☐ Abuela ☐ Abuelo ☐ Padre de acogida

☐ ¿Otros (descríbalos)?_____

Nombre del padre/madre/guardián que es responsable del hogar principal del niño?_____

¿El hogar principal del niño es de un padre o una madre solteros? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, ¿el responsable de casa es padre o madre soltero/a?

☐ Femenino ☐ Masculino

Por favor enumere los hermanos (Brothers & Sisters) que son actualmente miembros del Boys & Girls Club del Condado de Mercer.

(Nombre) (Edad)

(Nombre) (Edad)

(Nombre) (Edad)

(Nombre) (Edad)

(Nombre) (Edad)

(Nombre) (Edad)

FORMULARIO DE DECLARACION MEDICA DEL MIEMBRO:

Nombre del Miembro: _____

¿Tiene su hijo algún problema grave de salud? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, indique: _____

Enfermedades diagnosticadas: ☐ Asthma ☐ Convulsiones ☐ ADD/ADHD ☐ Autismo

☐ Otro _____

Alergias alimentarias: ☐ Frutos de cáscara/cacahuetes ☐ Gluten ☐ Huevos ☐ Lácteos/Lactosa

☐ Marisco ☐ Soya ☐ Otros _____

Alergias a medicamentos: ☐ Penicilina ☐ Aspirina ☐ Amoxicilina ☐ Otro _____

Alergias ambientales: ☐ Picaduras de abeja ☐ Pollen ☐ Polvo ☐ Moho ☐ Pasto

¿Tomará su hijo algún medicamento con regularidad mientras asista al programa? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, deberá completar un FORMULARIO DE PLAN DE ATENCIÓN PARA NIÑOS CON CONDICIONES ESPECIALES. NEEDS

¿Utiliza su hijo un inhalador? ☐ Si ☐ No

¿Utiliza su hijo un EpiPen? ☐ Si ☐ No

¿Su hijo utiliza insulina? ☐ Si ☐ No

Nombre del doctor: _____ Teléfono del doctor: () _____

¿Su(s) hijo(s) tiene(n) seguro de enfermedad y/o accidentes?? ☐ Si ☐ No

Hospital preferido: _____

Otras condiciones médicas: Enumere a continuación cualquier limitación física, mental o médica de su hijo y coméntela con el director del Club al presentar su solicitud.



ACUERDO DE MIEMBRO PADRE/TUTOR

Formulario de autorización de los padres/guardianes legales para: _____
(Nombre y apellidos del niño)

Liberación de Publicidad:

Yo/nosotros acepto/aceptamos que Boys & Girls Clubs del Condado de Mercer (BGCMC) me fotografíe o grabe en video a mí o a mi hijo/a y Boys & Girls Clubs del Condado de Mercer puede usar esas fotografías o secuencias de video para sus propósitos de mercadeo. Yo/nosotros libeo/liberamos a Boys & Girls Clubs del Condado de Mercer de cualquier reclamo o responsabilidad relacionada con ese uso, renuncio/renunciamos a todos los reclamos para mí/nosotros, mis herederos y cesionarios contra Boys & Girls Clubs del Condado de Mercer, su Junta Directiva, voluntarios o personal. ☐ Doy mi permiso ☐ NO doy mi permiso

Inicial del padre/madre/guardián legal _____

Permiso de transporte:

Reconozco que este transporte se proporciona de lunes a viernes cuando el Club está en funcionamiento. El autobús se recogerá puntualmente, si el tiempo lo permite, a la salida de los días completos y los medios días designados de las escuelas. Debido a la programación, reconozco que el autobús no esperará a mi hijo, y si bajo cualquier circunstancia mi hijo no aborda el autobús, seré responsable del paradero de mi hijo y libero al Club de toda responsabilidad e investigación. El transporte se organiza mediante vehículos propiedad del club y, ocasionalmente, el uso de vehículos privados conducidos por miembros del personal y voluntarios aprobados. Doy permiso para que mi hijo/a participe en todas las actividades del Boys & Girls Club en o junto al club, y en todas las excursiones como se identifica en los folletos del programa, boletines y comunicaciones a los padres. Si no deseo que mi hijo/a vaya a una excursión o participe en un programa específico, debo comunicárselo al director del programa por escrito. Por lo presente libero a los Boys & Girls Clubs del Condado de Mercer sus empleados, voluntarios, asociados y contribuyentes de cualquier responsabilidad por cualquier lesión o pérdida sufrida como resultado de dicho transporte. Inicial del padre/madre/guardián legal _____

Autorización de tratamiento médico:

Declaro que soy el padre, la madre o el guardián legal del menor arriba mencionado y que tengo la custodia y el control de este niño. Soy consciente de que la participación en las actividades del Boys & Girls Club implica el riesgo de lesiones graves o permanentes. En caso de que mi hijo(a) se lesione o requiera atención médica inmediata, autorizo a los miembros del personal y/o voluntarios del Boys & Girls Club a obtener cualquier tratamiento médico para mi hijo(a) que consideren necesario. Además, reconozco que seré responsable de cualquier honorario médico, hospitalario o de ambulancia y los costos asociados con el tratamiento médico de mi hijo. Si es posible, la confirmación de cualquier tratamiento médico debe hacerse conmigo antes de cualquier tratamiento. En caso de que no se me pueda localizar, o en caso de emergencia, el personal del Club y/o los voluntarios podrán aprobar el tratamiento para mi hijo sin necesidad de autorización adicional. Inicial del padre/madre/guardián legal _____

Recolección de datos:

Doy permiso para que mi hijo participe en todos los programas/encuestas/tutoría del BGCMC, y para que el BGCMC recolecte y comparta datos de la participación de mi hijo para financiadores y subvenciones relacionadas. Doy permiso para que la escuela de mi hijo/a divulgue información sobre mi hijo/a al BGCMC, US Soccer Foundation o 21st Century. Doy permiso a la escuela para divulgar información sobre mi hijo a los Boys & Girls Clubs del Condado de Mercer. Inicial del padre/madre/guardián legal _____

Política de conducta:

Boys & Girls Clubs of Mercer County (BGCMC) tiene una filosofía de autodisciplina, respeto y seguridad. BGCMC espera un comportamiento respetuoso, seguro y amable. Dada la naturaleza de esta expectativa, los niños con una dificultad de comportamiento revelada o no revelada, los niños que muestren un comportamiento inaceptable, o que no puedan cumplir con estas normas mientras asisten a los programas de BGCMC, serán despedidos temprano, suspendidos o expulsados. Los niños que sean dados de baja anticipadamente, suspendidos o expulsados por cualquier motivo no tendrán derecho a reembolso, crédito ni exención de obligaciones financieras. Puede encontrar una copia del Manual del socio en línea en www.bgcmercer.org o solicitarla en la oficina de socios.

Inicial del padre/madre/guardián legal _____

Declaración médica:

Deberá presentar un formulario de «Declaración Médica» debidamente completado (adjunto). Por favor, indique todas las alergias, medicamentos que toma (si la medicación debe ser administrada durante las horas del programa), y / o necesidades especiales de salud. Si es necesario administrar medicación mientras su hijo está con nosotros, pida al médico de su hijo que rellene el formulario «Plan de atención para niños con necesidades especiales de salud».

Inicial del padre/madre/guardián legal _____

Mi firma a continuación indica mi aceptación de las políticas anteriores.

Firma del padre/madre/guardián legal

Fecha

Nombre impreso del padre/madre/guardián legal

Teléfono principal



CONTRATO DE PAGO DE LOS PADRES/GUARDIANES

En consideración de la participación de mi hijo/hijos en los programas juveniles de los Boys & Girls Clubs del Condado de Mercer, estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Estoy de acuerdo en pagar una cuota de membresía no reembolsable de \$ 30.00 por calendario para cada uno de mis hijos en edad escolar que participan en programas en el BGCMC.
2. **Estoy de acuerdo en pagar las cuotas de los programas aplicables de BGCMC en los que mi hijo(a) está inscrito(a), aún si mi hijo(a) no asiste (esto incluye días perdidos por enfermedad). Entiendo que la inscripción y el pago de las cuotas por adelantado del servicio reservan el cupo de mi hijo(a) en el(los) programa(s).** Por favor, notifique por escrito con 14 días de anticipación si deja de asistir a cualquiera de nuestros programas. A los niños que dejen de asistir sin previo aviso se les cobrará una cuota de \$25.00. Esos miembros no podrán inscribirse en nuestros programas hasta que se haga el pago de las cuotas no pagadas. ****Todos los pagos del programa Después de la Escuela son debidos el 1ro del mes, y acumularán una tarifa tarde de \$25.00 si son recibidos después del 5to del mes.** Entiendo que el Boys & Girls Clubs del Condado de Mercer no prorratea las cuotas por semanas parciales asistidas y que las tarifas diarias no están disponibles.
3. Entiendo que todos los cheques devueltos por el Banco a los Boys & Girls Clubs del Condado de Mercer por cualquier razón estarán sujetos a un **cargo de \$25.00 NSF** cargado a mi cuenta y puedo estar sujeto a cargos adicionales y cargos de una agencia de cobranza. Los padres que han rebotado un cheque ya no pueden hacer ningún pago con cheque y se les requerirá pagar todas las cuotas futuras en efectivo o con tarjeta de débito o crédito...
4. Estoy de acuerdo en que recogeré a mi hijo a la hora de cierre o antes de la hora de cierre de los servicios del programa; también entiendo que es mi responsabilidad proporcionar arreglos alternativos para recoger a mi hijo si no estoy disponible para hacerlo. **Entiendo que en el caso de que mi hijo no es recogido por el tiempo de cierre, una tarifa tarde de \$1.00 por minuto/por niño debe ser pagado en efectivo en el momento de la recogida.** A los 60 minutos después de la hora de cierre los oficiales de la ley y DCFS también pueden ser contactados si no hemos oído de un padre/guardián o un contacto de emergencia.
5. Entiendo que el Boys & Girls Clubs del Condado de Mercer se reserva el derecho de retirar a mi hijo/a de los Programas Juveniles por cualquier causa justificada que incluye pero no se limita a: Pago atrasado, recogida atrasada, negarse a pagar cualquier cuota del BGCMC, comportamiento disruptivo y/o amenazante por parte de los padres/guardianes, miembros de la familia o miembros de la juventud, repetidos problemas de comportamiento del niño, intimidación o incumplimiento de las políticas del Club. Si un niño ha sido removido de nuestro programa, pero continúa siendo dejado en el sitio de BGCMC, entonces los oficiales de BGCMC no tendrán otra opción que contactar a las autoridades policiales y a los oficiales de DCFS para reportar negligencia infantil.
6. **Yo estoy de acuerdo en pagar TODAS las cuotas de mi(s) hijo(s) en la fecha de vencimiento. Entiendo que todos los pagos de honorarios son No-Reembolsables y No-Transferible.** Si un ajuste a un pago es necesario sólo un crédito hacia servicios futuros será proporcionado. Esta política nos permite planear mejor para el personal y los suministros de programa necesitados para proporcionar servicios de calidad a todos miembros.

Nombre(s) del niño en letra de imprenta _____

Nombre impreso de los padres/guardianes

Firma del padre/guardián

Fecha