



BOYS & GIRLS CLUBS
OF PROVIDENCE

MEMBERSHIP APPLICATION
QUOTA ANUAL \$30.00 (no reembolsable)

CLUBHOUSE FP W SS CB MANTON HP RWMS ALVZ HS

OFFICE USE: Accepted By: _____ Membership Date: _____ Exp Date: _____ Member # _____
MEMBERSHIP: New Renewal Childcare Open Door Sport League Swim Lesson Swim Team Vendor
FOOD FORM COMPLETE: Yes No Entered Into Vision By: _____ Branch Manager: _____ Birth Cert
PAYMENT: Date _____ Credit/Debit Check # _____ Money Order _____ Scholarship _____

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

(La aplicación debe estar completa en su totalidad para mantener una membresía activa)

Nombre de Miembro: _____ Inicial de segundo nombre _____ Apellido _____ Sexo: M ___ F ___
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Celular: (____) _____ Teléfono (____) _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____
Email: _____ ¿Vive en vivienda pública? No Sí _____
Escuela: _____ Grado: _____ Nombre del Maestro: _____ # Room _____
Tipo de Escuela Primaria Escuela secundaria Otro: _____ actual GPA _____
¿Algunas vez a repetido un año académico? Sí No Almuerzo Escolar: Gratis Reducido Ninguno
¿Es el niño/a o sus HERMANOS miembro de un Club B & G? No Sí (Nombre y ubicación) _____
Hogar Incluye: Ambos Padres Madre Padre Madrastra Padrastro Abuelos Hermanos Foster _____ Otro _____
Cabeza de la familia: Masculino Femenino Familia monoparental (padre/madre soltero/a): Sí No Familia Militar No Sí
Total en el hogar: _____ # de menores de 18 años en el hogar: _____ # de personas discapacitadas en el hogar: _____ # mayores de 65 años _____

Étnica / Origen Racial - (esta información se mantendrá confidencial y se utilizará únicamente para fines de aplicaciones de beneficencia)

Afroamericano Asiático Cabo Verde Hispano/Latino Multirracial Nativo Americano Isleño del Pacífico Caucásico

MADRE / PADRE / TUTOR

Madre / Tutor: _____ Padre / Tutor: _____
Celular de Madre / Tutor: _____ # Celular de Padre / Tutor : _____
Nombre del empleador: _____ Nombre del empleador: _____
de teléfono del trabajo: _____ # de teléfono del trabajo: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA / LISTA DE PERSONAS AUTORIZADAS DE RECOGER AL MIEMBRO

(aparte de los padres / tutores y mayor de 18 años)

Nombre de contacto: _____ Teléfono / Celular: (____) _____ Relación _____
Nombre de contacto: _____ Teléfono / Celular: (____) _____ Relación _____

* **Persona que NO está permitida recoger al niño:** Nombre: _____ Nombre: _____

INFORMACIÓN MEDICA

Permiso para recibir tratamiento por el médico / hospital en caso de emergencia Sí No
Por favor indique cualquier restricción médica, alergias o restricciones alimenticias _____
¿Su familia tiene seguro médico / seguro?: Sí No Medicaid: Sí No
Nombre del médico: _____ Teléfono del médico: _____ Fecha del último examen físico: _____
Nombre del Plan de seguro médico: _____ # de teléfono: _____ # de póliza: _____ # de Grupo: _____
Alguna condición que ahora requiere medicación regular? Sí No Nombre de la medicina: _____
Alguna restricción de actividades por razones físicas, emocionales o psicológicos? Sí No _____
Tiene algún problema de salud graves o restricciones que el personal debe saber: Si No _____

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

La siguiente información es necesaria para nuestros archivos y el financiamiento que nuestra organización recibe y se mantendrá confidencial. Su cooperación con esta información es necesaria y muy apreciada. (**AVISO:** La falta de esta información puede excluirle de *cualquier* ayuda financiera o becas)

___ 0-10,000	___ 10,000-20,000	___ 20,000-30,000	___ 30,000-40,000	___ 40,000-50,000	___ 50,000-60,000
___ 60,000-70,000	___ 70,000-80,000	___ 80,000-90,000	___ 90,000-100,000	___ 100,000-110,000	___ 110,000-120,000
___ 120,000-130,000	___ 130,000-140,000	___ 140,000-150,000	___ 150,000-160,000	___ 160,000-170,000	___ 180,000 and above

Seleccione los que aplican SSI SSDI SNAP DHS Daycare Assistance TANF Cash Assistance

¿Recibe actualmente SNAP, conocido formalmente como cupones para alimentos? Sí No

¿Quiere ayuda para solicitar SNAP, conocido formalmente como cupones para alimentos? Sí No

COMUNICADO DE LOS PADRES - POR FAVOR LEA Y FIRME

Yo, el padre / madre / tutor del niño/a menor de edad que aparece en esta solicitud, para nosotros, nuestros herederos, albaceas y administradores, por la presente relevo, renuncio, absolver y siempre descargo el Boys & Girls Clubs of Providence, y Boys & Girls Clubs of America, sus representantes, sucesores, cesionarios, compañías de seguros o cualquier otra persona o entidad asociada a cualquiera de las organizaciones antes mencionadas, tales como el personal, los directores o los voluntarios, de toda responsabilidad, reclamos, demandas, o causas de acción de cualquier y toda pérdida, daño, lesión o la muerte y cualquier reclamación de daños y perjuicios derivados del uso de las instalaciones de propiedad o controladas por las organizaciones antes mencionadas, o la participación en las actividades de dichas organizaciones, ya sea en o fuera del Club.

Tratamiento Médico

Doy permiso al Boys & Girls Clubs of Providence para buscar tratamiento médico de emergencia para mi hijo/a menor de edad si no se puedo llegar a tiempo. Yo seré responsable por cualquier o todo costo de la atención médica y el tratamiento.

Recopilación de datos

Yo doy mi permiso al Boys & Girls Club of Providence para recopilar información a través de encuestas en el internet o escritas, cuestionarios, entrevistas y grupos de discusión por parte del niño/a menor de edad que aparece en esta solicitud. Toda y cualquier información recibida se mantendrá estrictamente confidencial. Los datos obtenidos a través de estos medios se resumen en el agregado y excluirá todas las referencias a las respuestas individuales. Los resultados agregados de estos análisis puede ser compartidos con el personal del Boys & Girls Clubs of America (BGCA), los donantes y otras partes interesadas de la comunidad a la eficacia de las pruebas del programa y / o el impacto en nuestros miembros del Club.

Información de la Escuela

Yo doy mi permiso al Boys & Girls Club of Providence y el Distrito Escolar de Providence para el intercambio de información con respecto a los menores incluidos en esta solicitud. El objetivo de este intercambio es ayudar a ambas organizaciones a hacer un mejor trabajo para ayudar al estudiante a tener éxito en la escuela, en el Boys & Girls Club of Providence y en la vida. Esta autorización es válida por un año y podrá ser revocada en cualquier momento poniéndose en contacto con el Distrito Escolar de Providence o el Boys & Girls Club of Providence por medio de una nota escrita.

Data Sharing

Yo entiendo que el Club Boys & Girls of Providence puede compartir información acerca del niño/a menor de edad que aparece en esta solicitud con Boys & Girls Clubs of America (BGCA) para fines de investigación y / o para evaluar la efectividad del programa. La información que será compartida con BGCA podrá incluir la información proporcionada en este formulario de solicitud de afiliación, la información proporcionada por la escuela del niño/a menor de edad o el distrito escolar y otra información recopilada por Boys & Girls Club of Providence, incluidos los datos recogidos a través de encuestas o cuestionarios. Toda la información proporcionada a BGCA se mantendrá confidencial.

Tecnología

Como miembro del Club de Boys & Girls, of Providence su hijo/a tendrá acceso al Internet. Si bien se están tomando precauciones, es posible que el/la niño/a pueda acceder sitios inapropiados. El Boys & Girls Club of Providence tendrá reglas y consecuencias en el Club para tal comportamiento, sin embargo, no seremos responsables de las consecuencias de dicho acceso.

Misceláneo

Entiendo que el Boys & Girls Club of Providence no es responsable de artículos perdidos o robados. Los padres y los miembros del Club son responsables de su propio transporte hacia y desde el Club. Como somos un programa en el que pueden entrar a cualquier hora, no nos hacemos responsables por el paradero de los miembros del Club.

Doy permiso para que la foto de mi hijo/hija, imágenes en movimiento, o cualquier otra representación gráfica o semejanza, para ser utilizado por el Boys & Girls Club of Providence y sus actividades. Seleccione esta caja si NO da consentimiento para tomar fotos del niño/a en esta solicitud.

Yo doy mi permiso para el Boys & Girls Clubs of Providence para compartir información acerca del niño/a menor de edad que aparece en esta solicitud con Boys & Girls Clubs of America (BGCA) para fines de investigación y / o para evaluar la efectividad del programa. La información que será compartida con BGCA podrá incluir la información proporcionada en este formulario de solicitud de afiliación, la información proporcionada por la escuela del niño/a menor de edad o el distrito escolar y otra información recopilada por Boys & Girls Club of Providence, incluidos los datos recogidos a través de encuestas o cuestionarios. Toda la información proporcionada a BGCA se mantendrá confidencial.

He leído la solicitud y su plenitud, entiendo las reglas del Club Boys & Girls of Providence y solicito que el/la niño/a en esta solicitud sea admitido/a como miembro.

Padre / Tutor Firma: _____ **Fecha:** _____

He leído y entendido las reglas del Boys & Girls Club of Providence y deseo ser miembro. Me comprometo a ser un miembro leal, activo/a y digno/a de confianza, y siempre voy a respetar al personal que está en cargo. Voy a tomar buen cuidado de las instalaciones y bienes. Estoy de acuerdo que la membresía es un privilegio y puede ser revocado por la inobservancia de estas reglas.

Firma del miembro: _____ **Fecha:** _____

* ¿Te gustaría patrocinar a un niño / niños que no pueden pagar una cuota de socio? Sí No Efectivo Crédito / Débito Cheque