



BOYS & GIRLS CLUB
OF GREATER OXNARD AND
PORT HUENEME

BGCOP STAFF USE ONLY

Date Received ___/___/___ Staff Initials _____
 Payment Received Yes No
 Fee Waived Yes No
 Membership # _____
 New Renewal Date Entered ___/___/___
 MVS PH HHS Nyeland

APLICACIÓN PARA MEMBRECÍA

INFORMACION DEL MIEMBRO (SE REQUIERE)

Apellido		Primer Nombre			Identidad de Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> 3 ^{er} Género <input type="checkbox"/> Prefiero no declarar	
Fecha de Nacimiento	Edad	Color de Ojos	Color de Pelo	Estatura	Peso	
Dirección		Ciudad		Código Postal		
Teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		Correo Electrónico				
Padre/Guardián #1 Nombre Completo		Relación		Teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		
Padre/Guardián #1 Nombre Completo		Relación		Teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		
Nombre de Contacto de Emergencia		Relación		Teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		
Nombre de Contacto de Emergencia		Relación		Teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		
Nombre de la Escuela			Nombre de Maestro/a		Grado	

INFORMACION MEDICA (SE REQUIERE)

Nombre de Doctor	Teléfono del Doctor	Numero de Póliza de Aseguranza
Mencione cualquier limitaciones físicas, alergias o medicamentos actuales:		
¿Usted recibe Medí-Cal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Usted tiene un Plan de Gold Coast Health? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

INFORMACION DEL EMPLEADOR (SE REQUIERE)

Padre/Guardián #1 - Empleado/Nombre de Compañía	Padre/Guardián #2 - Empleado/Nombre de Compañía	
¿Alguien en el hogar trabaja en la agricultura/cultivo/cosecha? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Cree usted que la compañía para la que trabaja estaría interesada en donar bienes, servicios, o dinero para ayudar nuestros programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sí es así, por favor complete la siguiente información:		
Nombre de Compañía	Persona a Contactar	Número de Teléfono
La compañía acepta solicitudes de (Por favor seleccione todas las que apliquen):		
<input type="checkbox"/> Descuentos	<input type="checkbox"/> Dinero	<input type="checkbox"/> Productos
<input type="checkbox"/> Servicios	<input type="checkbox"/> Otro:	

OPORTUNIDADES DE SERVICIO VOLUNTARIO

Está interesado/a en ser voluntario? Sí No **Si es así, seleccione su área de interés:**

- | | | | |
|---|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Deportes | <input type="checkbox"/> Tecnología | <input type="checkbox"/> Manualidades y Arte | <input type="checkbox"/> Música |
| <input type="checkbox"/> Centro de Adolescentes | <input type="checkbox"/> Ayuda en la Oficina | <input type="checkbox"/> Mantenimiento | <input type="checkbox"/> Otro |

PARA EL PROPOSITO DE RECIBIR FONDOS Y OTRAS ENCUESTAS, POR FAVOR DE COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACION. ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y NO SERA COMPARTIDA CON ALGUNA OTRA AGENCIA. (SE REQUIERE)

- | | |
|--|---|
| # de Personas en el hogar _____ | ¿Vive en un Desarrollo de Viviendas (Housing)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Es Padre/Madre Soltera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | La Cabecera de la Familia es: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Ambos |
| ¿Familiar Militar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Viven Base Militar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Rama Militar: _____ | |
| Por favor indique su origen étnico: | <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No soy Hispano o Latino |

Por favor indique su raza:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Otras Islas del Pacifico |
| <input type="checkbox"/> Blanca Indio American/Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Origen Multiétnico Étnico o Raza |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Otro Origen Étnico o Raza |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano | <input type="checkbox"/> Prefiero No Declarar |

INGRESO ANUAL DEL HOGAR (SE REQUIERE)

Por favor indique el tamaño de su hogar y su ingreso anual:

Tamaño del Hogar	30% Medio	50% Medio	80% Medio	> 80% Medio
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> \$0 - \$26,350	<input type="checkbox"/> \$26,351 - \$43,900	<input type="checkbox"/> \$43,901 - \$70,250	<input type="checkbox"/> \$70,251 o más
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> \$0 - \$30,100	<input type="checkbox"/> \$30,101 - \$50,200	<input type="checkbox"/> \$50,201 - \$80,300	<input type="checkbox"/> \$80,301 o más
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> \$0 - \$33,850	<input type="checkbox"/> \$33,851 - \$56,450	<input type="checkbox"/> \$56,451 - \$90,350	<input type="checkbox"/> \$90,351 o más
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> \$0 - \$37,600	<input type="checkbox"/> \$37,601 - \$62,700	<input type="checkbox"/> \$62,701 - \$100,350	<input type="checkbox"/> \$100,351 o más
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> \$0 - \$40,650	<input type="checkbox"/> \$40,651 - \$67,750	<input type="checkbox"/> \$67,751 - \$108,400	<input type="checkbox"/> \$108,401 o más
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> \$0 - \$43,650	<input type="checkbox"/> \$43,651 - \$72,750	<input type="checkbox"/> \$72,751 - \$116,450	<input type="checkbox"/> \$116,451 o más
<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> \$0 - \$46,650	<input type="checkbox"/> \$46,651 - \$77,750	<input type="checkbox"/> \$77,751 - \$124,450	<input type="checkbox"/> \$124,451 o más
<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> \$0 - \$49,650	<input type="checkbox"/> \$49,651 - \$82,800	<input type="checkbox"/> \$82,801 - \$132,500	<input type="checkbox"/> \$132,501 o más

RECONOCIMIENTO DE PADRES/TUTORES

Entiendo que mi hijo puede entrar y salir del Boys & Girls Clubs de Greater Oxnard y Port Hueneme (*conocido como BGCOP*) por su voluntad. BGCOP no es una guardería y no puede darle a mi hijo atención de exclusión constante. Por la presente doy mi permiso para que mi hijo participe en todos los programas/actividades BGCOP. Además, entiendo que es mi responsabilidad darle instrucciones a mi hijo para que se quede y participe en los programas/actividades de BGCOP. En consideración a este permiso, por la presente eximo al Boys & Girls Club of Greater Oxnard y Port Hueneme y a los agentes, funcionarios y empleados autorizados de y renuncio, libero y libero cualquier reclamo o causa de acción que tenga o en el futuro pueda tener, por lesiones, accidentes, enfermedades o muerte que ocurran en la participación en las actividades de Boys & Girls Club of Greater Oxnard y Port Hueneme, incluyendo pero no limitado a, la administración de dicho tratamiento médico, primeros auxilios y/o medicación. Entiendo, por la presente eximo al Boys & Girls Club of Greater Oxnard y Port Hueneme y a los agentes, funcionarios y empleados autorizados de y renuncio, libero y descargo cualquier reclamo o causa de acción que tenga o en el futuro pueda tener, por lesiones, accidentes, enfermedades o muerte que ocurran en la participación en las actividades de Boys & Girls Club of Greater Oxnard y Port Hueneme, incluyendo pero no limitado a, la administración de dicho tratamiento médico, primeros auxilios y/o medicación. En el caso de una lesión a mi hijo y no puedo ser contactado, por la presente doy permiso a un representante de los Boys & Girls Clubs de Greater Oxnard y Port Hueneme para autorizar al médico u hospital a administrar cualquier y todo el tratamiento médico a mi hijo. Por la presente doy permiso para que mi hijo sea utilizado en materiales de relaciones públicas si surge la oportunidad. Además, doy mi consentimiento para tal uso de la imagen o fotografía y el nombre de mi hijo sabiendo que mi imagen o fotografía puede estar asociada con las redes sociales. Entiendo que la membresía al Club es un privilegio y si mi hijo no puede cumplir con todas las reglas de seguridad, la membresía puede ser retirada por períodos de tiempo designados o revocada permanentemente. Todas las cuotas del Club se perderán durante el período de desistimiento y / o en el momento de la revocación de la membresía. He leído, entiendo y acepto cumplir con los procedimientos y estándares definidos en el **Manual de la Familia del Boys & Girls Club of Greater Oxnard y Port Hueneme**.

FIRMA DEL PADRE/MADRE O GUARDIAN _____ **FECHA** _____

RECONOCIMIENTO DE MEMBRESÍA

Deseo convertirme en miembro de los Boys & Girls Clubs de Greater Oxnard y Port Hueneme. Acepto obedecer las reglas, ser cuidado de evitar daños al Club y al equipo, y lo más importante para divertirse. También sé que, si soy suspendido del Club por no obedecer las reglas, entiendo que no se me devolverán las cuotas.

FIRMA DEL MIEMBRO: _____ **FECHA** _____