



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

APLICACION PARA MEMBRECIA

INFORMACION DEL MIEMBRO (REQUERIDA)

APELLIDO		PRIMER NOMBRE		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Fecha de Nacimiento	Edad	Color de Ojos	Color de Pelo	Estatura	Peso
Dirección		Ciudad		Código Postal	
Numero de Teléfono		Correo Electrónico			
Padre o Guardián #1 (Nombre y Apellido)		Relación	Número de Teléfono (Trabajo/Casa/Celular)		
Madre o Guardián #2 (Nombre y Apellido)		Relación	Número de Teléfono (Trabajo/Casa/Celular)		
Contacto de Emergencia (Nombre y Apellido)		Relación	Número de Teléfono (Trabajo/Casa/Celular)		
Contacto de Emergencia (Nombre y Apellido)		Relación	Número de Teléfono (Trabajo/Casa/Celular)		
Nombre de la Escuela		Grado	Nombre de Maestro/a		

INFORMACION MEDICA (REQUERIDA)

Nombre de Doctor Preferido	Teléfono del Doctor	Numero de Póliza de Aseguranza
----------------------------	---------------------	--------------------------------

¿Usted recibe Medí-Cal? Sí No Si es así, es Gold Coast Heath Plan Sí No

Mencione aquí cualquier condición medica, alergia o medicamentos actuales:

INFORMACION DEL EMPLEADOR (REQUERIDA)

Padre o Guardián #1 - Compañía de Trabajo	Madre o Guardián #2 - Compañía de Trabajo
---	---

¿Cree usted que la compañía para la que trabaja estaría interesada en donar bienes, servicios, o dinero para ayudar nuestros programas? Sí No

Si es así, por favor complete la siguiente información:

Nombre de Compañía	Persona a Contactar	Numero de Teléfono
--------------------	---------------------	--------------------

Por favor mencione mi nombre al contactar la compañía: Sí No

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

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

<input type="checkbox"/> Entrenador de Deportes	<input type="checkbox"/> Arbitro de Deportes	<input type="checkbox"/> Dance/Drama	<input type="checkbox"/> Mantenimiento
<input type="checkbox"/> Ayuda en la Oficina	<input type="checkbox"/> Música	<input type="checkbox"/> Artes y Manualidades	<input type="checkbox"/> Centro de Computación
<input type="checkbox"/> Centro de Adolescentes	<input type="checkbox"/> Eventos Sociales	<input type="checkbox"/> Otra área:	

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.

# 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:	
Origen Étnico:	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> No Hispano y tampoco Latino	

Por favor indique su raza:

<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Indio American/Nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanco
<input type="checkbox"/> Asiático y Blanco	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska y Negro Afro Americano
<input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Otras Islas del Pacifico
<input type="checkbox"/> Negro/ Afro Americano y Blanco	<input type="checkbox"/> Otro:

INGRESO ANUAL DEL HOGAR

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 - \$19,600	<input type="checkbox"/> \$19,061 - \$32,700	<input type="checkbox"/> \$32,701 - \$52,300	<input type="checkbox"/> \$52,301 o mas
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> \$0 - \$22,400	<input type="checkbox"/> \$22,401 - \$37,400	<input type="checkbox"/> \$37,401 - \$59,800	<input type="checkbox"/> \$59,801 o mas
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> \$0 - \$25,200	<input type="checkbox"/> \$25,201 - \$42,050	<input type="checkbox"/> \$42,051 - \$67,250	<input type="checkbox"/> \$67,251 o mas
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> \$0 - \$28,000	<input type="checkbox"/> \$28,001 - \$46,700	<input type="checkbox"/> \$46,701 - \$74,700	<input type="checkbox"/> \$74,701 o mas
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> \$0 - \$30,250	<input type="checkbox"/> \$30,251 - \$50,450	<input type="checkbox"/> \$50,451 - \$80,700	<input type="checkbox"/> \$80,701 o mas
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> \$0 - \$32,580	<input type="checkbox"/> \$32,581 - \$54,200	<input type="checkbox"/> \$54,201 - \$86,700	<input type="checkbox"/> \$86,701 o mas
<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> \$0 - \$36,730	<input type="checkbox"/> \$36,731 - \$57,950	<input type="checkbox"/> \$57,951 - \$92,650	<input type="checkbox"/> \$92,651 o mas
<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> \$0 - \$40,890	<input type="checkbox"/> \$40,891 - \$61,650	<input type="checkbox"/> \$61,651 - \$98,650	<input type="checkbox"/> \$98,651 o mas

ACUERDO (RECONOCIMIENTO) DE PADRES

Yo entiendo que mi hijo/a puede entrar y dejar el Boys & Girls Clubs of Greater Oxnard and Port Hueneme (se refiere como el Club) a su propia voluntad y el Club no es una guardería y no se puede dar constantemente y exclusivamente atención a solamente su hijo/a. Entiendo que es mi responsabilidad dar a mi hijo/a instrucciones de permanecer y de participar en las actividades del Club. El Club proporciona personal en todas las aéreas de actividades del Club. Por la presente doy permiso por este medio a mi hijo/a que participe en los programas del Club. En consideración de este permiso, entiendo, por la presente en nombre y representación de dicho miembro, nuestros herederos, albaceas y administradores, renuncio, liberación y descargo para siempre a todos los derechos y reclamaciones por daños que pueden ser sostenido o dañados por dicho niño en relación con o entrada en una/o como resultado de viajar a, participar en, o regresar de dicha actividad o evento. En el caso de una lesión a mi hijo/a y yo no puedo ser localizado y contactado/a, doy permiso que un representante del Boys & Girls Clubs of Greater Oxnard and Port Hueneme autorice que reciba atención médica o al hospital para administrar tratamientos médicos para mi hijo/a. Yo doy permiso a mi hijo/a para ser utilizado en materiales de relaciones públicas si surge la oportunidad. Entiendo que la pertenencia al Club es privilegio y si mi hijo/a no puede cumplir con todas las normas de seguridad, su posición como miembro del club puede ser retirada por determinados periodos de tiempo o revocada de forma permanente. Todos los honorarios pagados al Club serán perdidos durante el periodo retirado y/o en el momento de la revocación de la membresía.

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

ACUERDO (RECONOCIMIENTO) DEL FUTURO MIEMBRO

Yo quiero convertirme en miembro de Boys & Girls Clubs of Greater Oxnard and Port Hueneme. Estoy de acuerdo en obedecer las reglas, tendré cuidado para evitar daños al Club, y a las pertenencias. Si me suspenden del club por no obedecer las reglas, entiendo que lo que ya se pagó no será devuelto. ¡Entiendo que lo más importante es divertirme!

FIRMA DEL FUTURO MIEMBRO: _____