



BOYS & GIRLS CLUB
OF GREATER OXNARD AND
PORT HUENEME

BGCOP STAFF USE ONLY

Staff Initials ____ Date Received ____/____/____
 Payment Received Yes No
 Receipt # _____
 Fee Waived Yes No
 Membership # _____
 New Renewal Date Entered ____/____/____
 MVS PH PHT HHS RFYC SQ

APLICACIÓN PARA MEMBRECÍA

INFORMACION DEL MIEMBRO (SE REQUIERE)

Apellido		Primer Nombre			Segundo Nombre		
Fecha de Nacimiento ____/____/____	Edad	Color de Ojos	Color de Pelo	Estatura	Peso	Identidad de Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> 3er Género <input type="checkbox"/> Prefiero no declarar	
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-¿Vive con el miembro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		
Padre/Guardián #1 Nombre Completo		Relación-¿Vive con el miembro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		
Nombre de Contacto de Emergencia		Relación-¿Vive con el miembro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		
Nombre de Contacto de Emergencia		Relación-¿Vive con el miembro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			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 Asegurancia	
¿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		
Información detallada de cualquier inquietud médica (por ejemplo, limitaciones físicas, alergias, etc.)					
¿El miembro está tomando medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Contesto sí, complete el formulario de registro de medicamentos					

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)? Sí No

¿Es Padre/Madre Soltera? Sí No La Cabecera de la Familia es: Hombre Mujer Ambos

¿Familiar Militar? Sí No ¿Viven Base Militar? Sí No Rama Militar: _____

Por favor indique su origen étnico: Hispano o Latino No soy Hispano o Latino

Por favor indique su raza: (Marqué todos los que correspondan)

- | | |
|---|---|
| <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: Estos datos se recopilan y analizan con el fin de obtener una subvención, lo que demuestra la necesidad de financiación y el impacto potencial del proyecto o iniciativa propuesta.

Tamaño del Hogar	30% Medio	50% Medio	80% Medio	> 80% Medio
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> \$0 - \$27,900	<input type="checkbox"/> \$27,901 - \$46,500	<input type="checkbox"/> \$46,501 - \$74,400	<input type="checkbox"/> \$74,401 o más
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> \$0 - \$31,900	<input type="checkbox"/> \$31,901 - \$53,150	<input type="checkbox"/> \$53,151 - \$85,000	<input type="checkbox"/> \$85,001 o más
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> \$0 - \$35,900	<input type="checkbox"/> \$35,901 - \$59,800	<input type="checkbox"/> \$59,801 - \$95,650	<input type="checkbox"/> \$95,651 o más
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> \$0 - \$39,850	<input type="checkbox"/> \$39,851 - \$66,400	<input type="checkbox"/> \$66,401 - \$106,250	<input type="checkbox"/> \$106,251 o más
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> \$0 - \$43,050	<input type="checkbox"/> \$43,051 - \$71,750	<input type="checkbox"/> \$71,751 - \$114,750	<input type="checkbox"/> \$114,751 o más
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> \$0 - \$46,250	<input type="checkbox"/> \$46,251 - \$77,050	<input type="checkbox"/> \$77,051 - \$123,250	<input type="checkbox"/> \$123,251 o más
<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> \$0 - \$49,450	<input type="checkbox"/> \$49,451 - \$82,350	<input type="checkbox"/> \$82,351 - \$131,750	<input type="checkbox"/> \$131,751 o más
<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> \$0 - \$52,650	<input type="checkbox"/> \$52,651 - \$87,650	<input type="checkbox"/> \$87,651 - \$140,250	<input type="checkbox"/> \$140,251 o más

RECONOCIMIENTO DE PADRES/TUTORES

Entiendo que mi hijo puede entrar y salir del Boys & Girls Clubs de Greater Oxnard and Port Hueneme (*conocido por sus siglas BGCOP*) por su propia voluntad. BGCOP no es una guardería y no puede darle a mi hijo/a atención de exclusión constante. Por la presente doy mi permiso para que mi hijo/a participe en todos los programas/actividades BGCOP. Además, entiendo que es mi responsabilidad darle instrucciones a mi hijo/a 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 and 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 and 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 and 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 la muerte que ocurran en la participación en las actividades de Boys & Girls Club of Greater Oxnard and 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 and Port Hueneme para autorizar al médico u hospital a administrar cualquier y todo el tratamiento médico a mi hijo/a. 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/a 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/a 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 para la Familia del Boys & Girls Club of Greater Oxnard and Port Hueneme.**

FIRMA DEL PADRE/MADRE O GUARDIAN _____ FECHA _____

RECONOCIMIENTO DE MEMBRESÍA

Deseo convertirme en miembro de los Boys & Girls Clubs de Greater Oxnard and 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 _____