



**BOYS & GIRLS CLUB
OF ALLENTOWN**

MEMBERSHIP INFORMATION FORM
Boys & Girls Club of Allentown
Make Your M.A.R.K.™
610-433-0093

Office use only:
Club ID # _____
Kidtrax # _____
Comments: _____
Staff: _____
Date: _____
Expiration Date: _____

Primer nombre del miembro: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código: _____ Teléfono de la casa: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Circule uno: Fémina / Varón

Nombre Contacto de Emergencia: _____ Número de Contacto de Emergencia: _____

Raza (Por favor escoja uno o más):

- Blanco
- Negro o Africano
- Asiático
- Indio Americano o un Nativo de Alaska
- Nativo de Hawaiano o de las Islas del Pacífico
- Indio Norte Americano o Nativo de Alaska y Blanco
- Asiático y Blanco
- Negro o Africano y Blanco
- Indio Norte Americano o Nativo de Alaska y Negro o Africano
- Otro Multirracial

Etnicidad (Por favor escoja uno):

- Soy Hispano/Latino
- No soy Hispano o Latino

Membresía (Por favor escoja uno):

- Un miembro nuevo
- Un miembro renovando
- Miembro en el pasado

¿En que club fue el niño miembro anteriormente? _____ ¿Cuántos años? _____

Nombre de Escuela: _____ Grado: _____ Número Identificación de la Escuela: _____

Yo, el abajo firmante, autorizo al Club de Niños y Niñas de Allentown a recibir todos los informes de todas las escuelas donde el estudiante esté matriculado por un año desde el día en que haya firmado esta solicitud.

Firma de Padre/Madre/Tutor

Fecha

Nombre del Padre: _____ Lugar de trabajo del Padre: _____

Ocupación del Padre: _____ Número de teléfono del trabajo del Padre: _____

¿Está usted activo en las fuerzas armadas? Sí _____ No _____ Rama de servicio _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre del Madre: _____ Lugar de trabajo del Madre: _____

Ocupación del Madre: _____ Número de teléfono del trabajo del Madre: _____

¿Está usted activo en las fuerzas armadas? Sí _____ No _____ Rama de servicio _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre del Guardián: _____ Lugar de trabajo del Guardián: _____

Ocupación del Guardián: _____ Número de teléfono del trabajo del Guardián: _____

¿Está usted activo en las fuerzas armadas? Sí _____ No _____ Rama de servicio _____

Dirección de correo electrónico: _____

Miembro vive con: Por favor circule uno

Los dos Padres / Madre / Padre / Tía/Tío / Hermano/Hermana / Abuelos / Tutor / Solo / Adoptado / Otro

Número de hermanas o hermanastras

Número de hermanos o hermanastros:



Updated: 4/19/16

¿Puede el miembro nadar? Sí _____ No _____ Pasatiempo favorito: _____

¿Miembro de otros programas juveniles? _____

Problemas médicos / Alergias: _____

Indique todos los medicamentos que está usando: _____

Nombre del Médico/ Doctor: _____ Número de teléfono: _____

Hospital o Clínica preferida: _____ Número de teléfono del Hospital o Clínica: _____

¿Usted tiene seguro médico?: Sí _____ No _____ Nombre de la compañía de seguro: _____

Número de la Póliza de seguro: _____

La siguiente información es necesaria para los registros y fondos que recibe nuestra organización. Sin embargo, las respuestas que usted ha proporcionado son completamente confidenciales. Su cooperación al ofrecer esta información es agradecida y necesaria.

¿Cuántas personas hay en su casa?: _____ ¿Tiene el participante algún impedimento? Sí _____ No _____

¿Es una mujer la cabeza de su hogar? Sí _____ No _____

¿Es el ingreso bruto anual de su casa menor de la cantidad que está en la lista abajo para el número de su familia? Sí _____ No _____

VERIFICACION DEL HOGAR e INGRESO

Por favor seleccione el número de personas debajo de la columna y la categoría apropiada de su ingreso de las tres columnas.

<u>Número de familia</u>	<u>0-30% AMI</u>	<u>31-50% AMI</u>	<u>51-80% AMI</u>
1 persona	\$0 – \$14,500	\$14,501 – \$24,150	\$24,151 – \$38,600
2 personas	\$0 – \$16,550	\$16,551 – \$27,600	\$27,601 – \$44,100
3 personas	\$0 – \$20,160	\$20,161 – \$31,050	\$31,051 – \$49,600
4 personas	\$0 – \$24,300	\$24,301 – \$34,450	\$34,451 – \$55,100
5 personas	\$0 – \$28,440	\$28,441 – \$37,250	\$37,251 – \$59,550
6 personas	\$0 – \$32,580	\$32,581 – \$40,000	\$40,001 – \$63,950
7 personas	\$0 – \$36,730	\$36,731 – \$42,750	\$42,751 – \$68,350
8 personas	\$0 – \$40,890	\$40,891 – \$45,500	\$45,501 – \$72,750

Número de seguro social del miembro: _____

Marque todos los programas que le apliquen:

AFDC _____ Cupones de Alimentos _____ Asistencia General _____ Vale para cuidado de niños _____
SSDI _____ SSI _____ Programa de almuerzo _____ Compensación de veterano _____

Familia: familia de un padre _____ familia de dos padres _____ familia de adoptivos _____ Otro _____

Descripción del hogar: Familia _____ Familia Extendida _____ Sin Familia _____

Es su hijo(a) (Circule uno): Empleado(a) / Sin empleo / No está trabajando

*Con mi firma certifico que toda la información proveída en este documento es verdadera y correcta. **Advertencia:** La Ciudad de Allentown y HUD demandará afirmaciones y declaraciones falsas. La condena puede resultar en sanciones criminales y civiles (18 U.S.C. 1001, 1010, 1012; 31 U.S.C. 3729, 3802).*

Yo he leído esta solicitud. Comprendo las reglas del Club de Niños y Niñas de Allentown y pido que a mi hijo(a) le den la membresía. Yo le he explicado a mi hijo(a) las reglas y estoy de acuerdo de que el Club de Niños y Niñas no va a ser responsable de cualquier accidente de mi hijo(a) mientras esté en el lugar del club o envuelto en las actividades afuera del club. Yo doy permiso a mi hijo(a) para ser incluido(a) en las fotografías, para usarlas en cualquier manera que el Club de Niños y Niñas puedan usarlas. Yo comprendo que mi hijo(a) tiene acceso limitado al Internet con supervisión de un adulto. Yo certifico que esta información es verdadera y correcta con el mejor conocimiento mío.

Firma de Padre(s): _____

Firma de Miembro: _____ Fecha: _____