BOYS & GIRLS CLUB OF ALLENTOWN

Formulario de Membresía Anual

Cumberland Gardens Clubhouse 501 E. Susquehanna St Allentown, PA 18103 610-791-1113	Sixth Street Clubhouse 720 N. Sixth Street Allentown, PA 18102 610-432-9323
Teen Center 641 N. Seventh Street Allentown, PA 18102 610-434-4592	Turner Street Clubhouse 1302 Turner Street Allentown, PA 18102 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:_____ Número de Teléfono:_____

Fecha de nacimiento:_____ Edad:_____ Circule uno: Fémina / Varón / Transgénero / No Binario/ Otra Identidad

Dirección de correo electrónico de los padres/guardián:_____

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

RAZA Y ORIGEN ÉTNICO : Esta información se requiere únicamente para asegurar la no discriminación en los programas financiados por el gobierno federal.

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 _____

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 _____

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 _____

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:_____

He recibido las políticas y procedimientos de seguridad de BGCA. Entiendo que incluso con estas precauciones implementadas, BGCA no puede garantizar que no habrá exposición al COVID-19 u otras enfermedades.

Por favor inicial _____

LIVE UNITED United Way

Updated: 1/23/24

¿Sabe su hijo nadar? Sí_____ No_____ ¿Tiene su hijo permiso para nadar en el Club? 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.

¿Tiene el participante algún impedimento? Sí_____ No_____ ¿Alguien en su hogar tiene alguna discapacidad? Sí_____ No_____

¿Hay algún adulto en su hogar, que no sea el jefe de familia y su cónyuge, inscrito como estudiante? Sí_____ No_____

¿Cuántas personas hay en su casa?: _____ ¿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

Seleccione el número de personas en su hogar en la columna Tamaño del hogar y la categoría de ingresos apropiada de una de las (4) cuarto columnas inmediatamente a la derecha del número del Tamaño del hogar.

Tamaño del hogar	0-30% AMI	31-50% AMI	51-60%	61-80% AMI
_____ 1 persona	_____ $0 – $20,150	_____ $20,151- $33,600	_____ $ 33,601-$40,320	_____ $40,321-$53,700
_____ 2 personas	_____ $0 – $23,000	_____ $23,001- $38,400	_____ $38,401-$46,080	_____ $46,081-$61,400
_____ 3 personas	_____ $0 – $25,900	_____ $25,901- $43,200	_____ $43,201-$51,840	_____ $51,841-$69,050
_____ 4 personas	_____ $0 – $28,750	_____ $28,751- $47,950	_____ $47,951-$57,540	_____ $57,541-$76,700
_____ 5 personas	_____ $0 – $31,050	_____ $31,051- $ 51,800	_____ $51,801-$62,160	_____ $62,161-$82,850
_____ 6 personas	_____ $0 – $33,350	_____ $33,351- $55,650	_____ $55,651-$66,780	_____ $66,781-$89,000
_____ 7 personas	_____ $0 – $35,650	_____ $35,651- $59,500	_____ $59,501-$71,400	_____ $71,401-$95,150
_____ 8 personas	_____ $0 – $37,950	_____ $37,951- $63,300	_____ $63,301-$75,960	_____ $75,961-$101,250

Número de seguro social del miembro: _____

Marque todos los programas que le apliquen:

AFDC _____ Cupones de Alimentos _____ Asistencia General _____ Vale para cuido 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

---

Certifico / certificamos que toda la información sobre esta certificación es verdadera y correcta a nuestro mejor saber y entender y entiendo que la información proporcionada está sujeta a verificación por parte del municipio local que financia y el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE. No conozco ningún cambio potencial en los ingresos de ningún miembro del hogar que pueda ocurrir durante los próximos seis meses que no se divulgaron en esta solicitud. Entiendo que si a sabiendas o intencionalmente hago declaraciones falsas en la certificación u otra documentación de respaldo, se me solicitará que reembolse el monto total de cualquier asistencia brindada.

DECLARACIONES "BAJO PENALIZACIÓN" - Una persona comete un delito menor de tercer grado, si él o ella hace una declaración falsa por escrito que él no cree que sea cierta, en o de conformidad con un formulario con aviso, autorizado por la ley, a tal efecto. que las declaraciones falsas hechas allí son punibles por ley.

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: _____