



Downtown Club:
500 NW Wall Street
Bend OR 97703
541-617-2877 x0

East Bend Club:
1707 SE Tempest Dr.
Bend, OR 97702
541-385-3009

Información del miembro del club *Por favor imprimir*

Nombre **Apellido** **Género**

Dirección

Colegio **Grado** **Edad**

Información médica: **Medicamentos**

Etnicidad - Por favor circule **almuerzo gratis /**

Afroamericano	asiático/ Isleño del Pacífico	Hispano	reducido
Nativo-Americano	Caucásico	Otro	<input type="text"/> Si

Información del miembro del club *Por favor imprimir*

Nombre **Apellido** **Género** **Fecha de nacimiento**

Dirección

Colegio **Grado** **Edad**

Información médica: **Medicamentos**

Etnicidad - Por favor circule **almuerzo gratis /**

Afroamericano	asiático/ Isleño del Pacífico	Hispano	reducido
Nativo-Americano	Caucásico	Otro	<input type="text"/> Si

Información del miembro del club *Por favor imprimir*

Nombre **Apellido** **Género** **Fecha de nacimiento**

Dirección

Colegio **Grado** **Edad**

Información médica: **Medicamentos**

Etnicidad - Por favor circule **almuerzo gratis /**

Afroamericano	asiático/ Isleño del Pacífico	Hispano	reducido
Nativo-Americano	Caucásico	Otro	<input type="text"/> Si

Padre / Guardián #1

Nombre

Apellido

Género

Dirección (si es diferente a la del miembro del club)

Número de teléfono

Correo electrónico

Empleador

Posición

Entorno familiar- Círculo uno

 Ambos padres Abuelos Padres / padrastros Padres solteros Tutor legal

Ingreso familiar - Círculo uno

 \$0-5,000 / \$5,001-10,000 / \$10,001-15,000 / \$15,001-20,000 / \$20,001-25,000 \$25,001-30,000 / \$30,001-39,999 / \$40,000-49,999 / \$50,000-59,999 / \$60,000+**Padre / Guardián #2**

Nombre

Apellido

Género

Dirección (si es diferente a la del miembro del club)

Número de teléfono

Correo electrónico

Empleador

Posición

Asistencia pública recibida TANF Estampillas de alimentos Asistencia general SSDI SSI Compensación de Veteranos Almuerzo escolar gratis / reducido**Seguro para miembros del club** Tiene seguro de salud No tiene seguro de salud Tiene seguro dental No tiene seguro dental

Información autorizada de recojida

<u>Nombre</u> _____	<u>Apellido</u> _____	<u>Relación con el niño</u> <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Relativo <input type="checkbox"/> Trabajador social / terapeuta
<u>Número de teléfono</u> _____	<u>Relación</u> <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Autorizado <input type="checkbox"/> Vive con el miembro	
<u>Relación</u> _____		

Información autorizada de recojida

<u>Nombre</u> _____	<u>Apellido</u> _____	<u>Relación con el niño</u> <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Relativo <input type="checkbox"/> Trabajador social / terapeuta
<u>Número de teléfono</u> _____	<u>Relación</u> <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Autorizado <input type="checkbox"/> Vive con el miembro	
<u>Relación</u> _____		

Información autorizada de recojida

<u>Nombre</u> _____	<u>Apellido</u> _____	<u>Relación con el niño</u> <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Relativo <input type="checkbox"/> Trabajador social / terapeuta
<u>Número de teléfono</u> _____	<u>Relación</u> <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Autorizado <input type="checkbox"/> Vive con el miembro	
<u>Relación</u> _____		

Información autorizada de recojida

<u>Nombre</u> _____	<u>Apellido</u> _____	<u>Relación con el niño</u> <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Relativo <input type="checkbox"/> Trabajador social / terapeuta
<u>Número de teléfono</u> _____	<u>Relación</u> <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Autorizado <input type="checkbox"/> Vive con el miembro	
<u>Relación</u> _____		

Información autorizada de recojida

<u>Nombre</u> _____	<u>Apellido</u> _____	<u>Relación con el niño</u> <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Relativo <input type="checkbox"/> Trabajador social / terapeuta
<u>Número de teléfono</u> _____	<u>Relación</u> <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Autorizado <input type="checkbox"/> Vive con el miembro	
<u>Relación</u> _____		

Yo, el padre / tutor del menor de edad que figura en esta solicitud, para nosotros, nuestros herederos, ejecutores y administradores, por la presente libero, renuncio, absuelvo y expulsamos al club de Boys & Girls Clubs of Bend, y Boys & Girls of America, sus representantes, sucesores, aseguradores, cesionarios o cualquier otra persona o entidad asociada con cualquiera de las organizaciones mencionadas anteriormente, como el personal, los directores o los voluntarios, de toda responsabilidad, reclamos, demandas o causas de acción por cualquier pérdida, daño, lesión o muerte y cualquier reclamo por daños resultantes del uso de instalaciones propiedad o controladas por las organizaciones mencionadas anteriormente. o la participación en actividades de dichas organizaciones dentro o fuera del Club. Boys & Girls Club of

Firma del Padre / Tutor

Fecha



Formulario de autorización para padres

Nombre de los miembros: _____

Tratamiento médico:

Doy permiso al Boys & Girls Club of Bend (BGCB) para buscar tratamiento médico para mis hijo(s) menores si no me pueden contactar. Seré responsable de cualquier costo de atención médica y tratamiento.

Colección de datos:

Doy permiso a BGCB para recopilar información a través de encuestas en línea o escritas, cuestionarios, entrevistas y grupos focales del menor que está en esta solicitud. Toda y toda la información recibida se mantendrá estrictamente confidencial. Los datos recopilados a través de estos medios se resumirán en el agregado y excluirán todas las referencias a cualquier respuesta individual. Los resultados agregados de estos análisis se pueden compartir con el personal del Club, Boys & Girls Clubs of America (BGCA), financiadores y otras partes interesadas de la comunidad para proporcionar evidencia de la efectividad del programa y / o el impacto del Club en nuestros miembros.

Información de la escuela:

Doy permiso a BGCB, al Distrito Escolar de Bend-Lapine y al Distrito Escolar de Redmond para intercambiar información con respecto a los niños menores de edad enumerados en esta solicitud. El objetivo del intercambio es ayudar a ambas organizaciones a realizar el trabajo más eficaz para ayudar al alumno a tener éxito en la escuela, en el BGCB y en la vida. Este lanzamiento es válido por 1 (un) año y puede ser revocado en cualquier momento poniéndose en contacto con BGCB por escrito

Información de la comunidad:

Doy permiso a BGCB para intercambiar información con los Departamentos Juveniles del Condado y las agencias asociadas para determinar la elegibilidad para algunos programas financiados por becas.

Tecnología:

Como miembro de BGCB, su hijo tendrá acceso a Internet. Mientras se toman precauciones, es posible que él / ella pueda acceder a sitios no aprobados. El BGCB tendrá reglas y consecuencias en el Club por dicho comportamiento, sin embargo, no seremos responsables de las consecuencias de dicho acceso.

Voluntarios:

BGCB no autoriza ni aprueba que los voluntarios del Club participen fuera del control del personal del Club Professional.

Transporte:

BGCB ofrece transporte al Club del Centro a los miembros con membresía actual que asisten a las Escuelas Primarias Miller, Highland, West Side Village, Bear Creek, Buckingham, Elk Meadow, Ensworth, Jewell, High Lake, Juniper, Lava Ridge, Pine Ridge, Pacific Crest, Silver Rail. y Ponderosa; Las escuelas secundarias Pilot Butte, High Desert *, Sky View * y Cascade *; y Summit High School de lunes a viernes después de la escuela. Los miembros deben estar en el área de recogida del autobús a tiempo. BGCB estará autorizado a realizar todas las actividades, normalmente reservadas a los padres / tutores legales, incluido; entrega y retiro de actividades relacionadas con el Club.

Tarifas y Horario de la instalación:

BGCB se reserva el derecho de ajustar las tarifas del programa en cualquier momento. BGCB también se reserva el derecho de realizar cambios en los horarios y días de funcionamiento. Todas las tarifas no son reembolsables ni transferibles.

Fotografías:

Doy permiso para que la imagen de mi hijo, las imágenes en movimiento o cualquier otra representación gráfica o parecido se utilicen en BGCB y sus actividades.

Diverso:

Entiendo que BGCB puede compartir información sobre los menores de edad enumerados en esta solicitud con BGCA con fines de investigación y / o para evaluar la efectividad del programa. La información que se compartirá con a BGCA puede incluir la información proporcionada en este formulario de solicitud de membresía, la información proporcionada por la escuela o el distrito escolar del menor, y otra información recopilada por BGCB, incluidos los datos recopilados a través de encuestas o cuestionarios. Toda la información proporcionada a BGCA se mantendrá confidencial.

Entiendo que la BGCB no es responsable de ningún artículo perdido o robado.

La Ley del Estado de Oregon exige que los trabajadores en ciertas profesiones deben hacer informes si tienen motivos razonables para sospechar de abuso o negligencia infantil. Estas personas se llaman Reporteros Obligatorios y son un enlace crucial en el sistema para proteger a los ciudadanos más vulnerables de Oregon.

Todos los empleados de BGCB SON Reporteros Obligatorios.

También entiendo que el Club no es, ni pretende ser, una guardería con licencia.

He leído la solicitud completa y este formulario, entiendo las reglas de BGCB y solicito que mi hijo (s) sea admitido como miembro.

* Limitado a catorce (14) lugares para estas escuelas

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____