



BOYS & GIRLS CLUB

Fecha de Inicio del Programa para el Niño(s)

 M.E.T.A. _____ P.H.O.S _____
 Sesion #1: _____ Sesion #2: _____

S Tipo de Membresía Inscripción al Programa
 O NUEVA / RENOVACION BGC/CYC / TEEN
 E _____
 A Tipo de Membresía Inscripción al Programa
 S NUEVA / RENOVACION BGC / CYC / TEEN
 P Completado por (iniciales) Descuentos Válidos
 RecTrac _____ KidTrax _____ / _____ / _____
 ASP SOE Actividad
 Socio Cornestorne (encerrar) KENNY GLASS NTN

Agencia de Referencia: _____

Niño/a # 1 Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido(s) _____
 Sexo Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ Grupo Étnico _____
 Escuela _____ Grado 2025-26 _____ ¿Toma medicamentos? SI NO ¿El personal necesita administrarlos? SI NO
 Lista de medicamentos que toma _____
 Alergias: _____ Alergias a comidas _____ Restricciones dietéticas _____
 Adicionales de Salud, Mental, Problemas _____
 Físicos, Medicamentos, Reacciones, _____
 Otro, etc. (explique): _____

Niño/a # 2 Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido(s) _____
 Sexo Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ Grupo Étnico _____
 Escuela _____ Grado 2025-26 _____ ¿Toma medicamentos? SI NO ¿El personal necesita administrarlos? SI NO
 Lista de medicamentos que toma _____
 Alergias: _____ Alergias a comidas _____ Restricciones dietéticas _____
 Adicionales de Salud, Mental, Problemas _____
 Físicos, Medicamentos, Reacciones, _____
 Otro, etc. (explique): _____

Niño/a # 3 Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido(s) _____
 Sexo Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ Grupo Étnico _____
 Escuela _____ Grado 2025-26 _____ ¿Toma medicamentos? SI NO ¿El personal necesita administrarlos? SI NO
 Lista de medicamentos que toma _____
 Alergias: _____ Alergias a comidas _____ Restricciones dietéticas _____
 Adicionales de Salud, Mental, Problemas _____
 Físicos, Medicamentos, Reacciones, _____
 Otro, etc. (explique): _____

Niño/a # 4 Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido(s) _____
 Sexo Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ Grupo Étnico _____
 Escuela _____ Grado 2025-26 _____ ¿Toma medicamentos? SI NO ¿El personal necesita administrarlos? SI NO
 Lista de medicamentos que toma _____
 Alergias: _____ Alergias a comidas _____ Restricciones dietéticas _____
 Adicionales de Salud, Mental, Problemas _____
 Físicos, Medicamentos, Reacciones, _____
 Otro, etc. (explique): _____

Permisos* (obligatorio) ¿Le da permiso a su(s) hijo/a(s) para: Nadar? SI NO ¿Caminar a Casa? SI NO (sí SI explique cuando)

Explicación de caminar a casa _____

Información Médica* (obligatorio) Seguro Médico: SI NO Nombre de la Aseguradora _____ No. de Póliza _____

¿Sus vacunas están al corriente? SI NO Nombre de su Doctor: _____ No. de Teléfono: _____

Padre # 1

Información del Padre/Tutor * (obligatorio)

Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido(s) _____
 Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____ Nombre del Empleador: _____
 Parentesco _____ Otro _____ Grupo Étnico _____
 No. Principal _____ Tipo _____ No. Secundario _____ Tipo _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Correo electrónico _____

Padre # 2

Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido(s) _____
 Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____ Nombre del Empleador: _____
 Parentesco _____ Otro _____ Grupo Étnico _____
 No. Principal _____ Tipo _____ No. Secundario _____ Tipo _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Correo electrónico _____

Contactos de Emergencia Adicionales – (se requieren 2)

Primer Nombre: _____ Apellido(s) _____ Sexo: _____
 No. de Teléfono _____ Tipo _____ ¿Autoriza a esta persona a recoger a su hijo/a? *** (En caso afirmativo – **NO LO** Incluya abajo)
 Parentesco _____ Grupo Étnico _____
 Primer Nombre: _____ Apellido(s) _____ Sexo: _____
 No. de Teléfono _____ Tipo _____ ¿Autoriza a esta persona a recoger a su hijo/a? *** (En caso afirmativo – **NO LO** Incluya abajo)
 Parentesco _____ Grupo Étnico _____

Personas ADICIONALES para recoger al menor - * (no mencionadas anteriormente) *****

Primer Nombre	Apellido(s)	Sexo	Parentesco
---------------	-------------	------	------------

Personas **NO AUTORIZADAS para Recoger al menor**

Primer Nombre	Apellido(s)	Sexo	Parentesco
---------------	-------------	------	------------

Comentarios Adicionales / Notas Especiales

Por favor, responda a lo siguiente para que podamos evaluar nuestra capacidad para servir a su hijo (s) eficazmente. En cualquier momento el personal de FFY puede determinar que un menor puede no estar adecuado para nuestro programa en este momento. En esos casos, el menor será referido a otros programas de FFY u otros recursos en la comunidad. El completar este formulario no garantiza que su(s) hijo(s) sea(n) aceptado(s) en todos los programas de FFY. Le pedimos que responda abierta y honestamente para que podamos satisfacer mejor las necesidades de su(s) hijo(s).

Mi hijo(a) necesita ayuda o tiene dificultades con (marque con un círculo todo lo que corresponda y el nombre del niño):

Habilidades para la Vida:

Prácticas de Higiene Usar el baño Comunicación básica escrita Limpiar lo que ensucia

Habilidades de Comportamiento:

Detenerse y Pensar Comprender las emociones Responsabilidad de las acciones Permanecer en la tarea
Acciones de respuesta apropiadas

Social y Emocional:

Comunicación adecuada con los demás Tomar turnos Hacer amigos Esperar pacientemente Seguir instrucciones

Exposición a Traumas:

Adicción Acoso Abuso Negligencia Sin hogar Violencia doméstica Encarcelamiento de los padres
Muerte de uno de los padres o de un familiar cercano Desastre natural

Recibir Servicios de:

Proveedor de salud mental Servicios de comportamiento Escuelas IEP Escuelas 504 Plan de comportamiento
Libertad condicional Exención de Medicaid Gestión de casos Otros _____

Contacto para cada proveedor: _____

Otras necesidades o información adicional: _____

El Club de Boys & Girls se financia principalmente a través de subvenciones, las respuestas a la siguiente información son vitales para asegurar nuestra financiación de la subvención que nos permite ofrecer nuestra Escala de Tarifas Variables. Toda la información es confidencial. Su cooperación en proporcionar esta información es apreciada y necesaria.

Sección del Padre/Tutor	
<p>Ingreso Total BRUTO del hogar \$ _____ (antes de impuestos)</p> <p>El miembro vive con _____ (no incluya a hermanos en otros)</p> <p>¿Guarda Nacional Activa o Reserva? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p>	<p>____ Hogar ____</p> <p>No. Total de personas en el hogar</p> <p>Adultos _____ Niños _____</p>

¿Le gustaría aplicar para la Escala de Tarifas Variable de FFY? SI NO

Entiendo que al marcar SI no se aprueba automáticamente ningún descuento. Que NO se aprobarán descuentos hasta que se presenten los Ingresos Totales del hogar sean presentados de la lista de documentos aprobados y que, si se aprueban, los descuentos no serán retroactivos.

Los descuentos se basan en el total de INGRESOS TRIBUTABLES **de todos los adultos que viven en el hogar**. El comprobante del total de los ingresos del hogar debe presentarse basándose en la Lista de Documentos Aprobados que se indica a continuación. No se aprobarán descuentos sin la documentación adecuada. La verificación de ingresos para la recertificación se requiere **anualmente**. Si no se presenta, se eliminarán todos los descuentos y se facturarán los cargos completos a su cuenta.

PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DE FFY	
<p style="text-align: center;">Lista de Documentos Aprobados</p> <p>____ Declaración de Impuestos Federales (F. 1040) ____ Carta de verificación de ingresos por desempleo ____ Talones de cheque de los últimos 2 pagos por empleo ____ Carta de verificación de ingresos por incapacidad ____ Carta de verificación de ingresos del Seguro Social ____ Carta de verificación de ingresos de SNAP</p>	<p>Total de Ingresos Tributables del Hogar</p> <p>\$ _____ (después de impuestos)</p> <p>Descuentos Autorizados</p> <p>____ / ____ / ____</p> <p>ASP SOE Actividades</p>

Política de los Padres/Tutores y Reconocimiento de Renuncia

POLITICA DE MEMBRESIA/INSCRIPCION Y DE PAGO/REEMBOLSO

1. Política de Membresía/Inscripción:

- Entiendo que la membresía NO garantiza un lugar semanal para mi hijo.
- Entiendo que es mi responsabilidad preinscribirse en línea antes de las 12:00 pm del domingo anterior a la semana de cuidado necesario para mi hijo. Entiendo que el pago debe hacerse al momento de la inscripción.
- Entiendo que puedo ser llamado a recoger a mi hijo si no me preinscribí y los límites máximos se han alcanzado.

2. Política de Pago y Reembolso:

- Entiendo que la asistencia de mi hijo puede ser suspendida si mi cuenta se atrasa más de 2 semanas.
- Entiendo que si no me preinscribo se me cobrará una **cuota adicional de \$5.00** por niño por semana.
- Entiendo que si se requieren intentos de cobro o acción legal para recuperar el dinero que le debo a FFY entonces incurriré en un **cargo adicional de cobro del 35%** de mi saldo adeudado a FFY y seré responsable de los honorarios adicionales de abogados incurridos por FFY.
- Las familias pueden transferir la inscripción a una actividad antes del jueves a las 5:00 pm anterior a la semana sin costo adicional. No se realizarán reembolsos/transferencias después del jueves a las 5:00 pm anterior de la semana.
- Los reembolsos están sujetos a un cargo de \$5.00 y pueden tardar hasta 30 días a su llegada por correo.
- No se efectuarán reembolsos debido a una suspensión.

EXENCIÓN DE RIESGOS Y SEGURIDAD

1. He completado el formulario de membresía según mi leal saber y entender y he proporcionado toda la información de salud y antecedentes correspondientes.
2. Reconozco que hay riesgos inherentes en cualquier actividad de programación en interiores o al aire libre, y estoy de acuerdo en seguir las instrucciones y direcciones dadas por los líderes, actuar con prudencia, usar el buen juicio, y asumir una responsabilidad compartida por la seguridad.
3. Estoy de acuerdo en que la participación es voluntaria, y además estoy de acuerdo en indemnizar, liberar y mantener indemne a Foundation for Youth, sus directores, funcionarios y empleados de cualquier y todas las reclamaciones o daños por cualquier accidente, lesión o enfermedad que surja del uso de las instalaciones, equipo y/o la participación en las actividades de Foundation For Youth.
4. Autorizo que el personal de Foundation For Youth proporcione atención médica de rutina, administre medicamentos recetados y medicamentos de venta libre proporcionados por los padres, y busque tratamiento médico de emergencia cuando se considere necesario.
5. Mantendré a mi(s) hijo(s) en casa si padece(n) alguna enfermedad o si tiene(s) piojos.
6. Entiendo que la información puede ser recopilada y compartida con el fin de demostrar los resultados o asegurar la financiación.
 - Doy mi consentimiento para que mi(s) hijo(s) aparezca(n) en los medios de comunicación cuando FFY lo considere apropiado.
 - Doy mi permiso para que FFY y el distrito escolar de mi(s) hijo(s) intercambien información sobre el menor que aparece en esta solicitud. El propósito de este intercambio es ayudar a ambas organizaciones realizar un mejor trabajo en asistir al estudiante a tener éxito en la escuela, FFY y en la vida.

Reconocimiento de la Política de Membresía/Inscripción y Pago/Reembolso, y Exención de Riesgos y Seguridad

Reconozco que se me ha proporcionado la información correspondiente para Padres/Miembros y que he leído y entendido toda la información proporcionada.

Al escribir mi nombre a continuación y completar este formulario de inscripción, acepto seguir todas las políticas.

Firma del Padre/Tutor

Fecha