



**Información del miembro**

*Por favor escriba claramente.*

**PRIMER NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **APPELLIDO:** \_\_\_\_\_ **APODO:** \_\_\_\_\_

**NUMERO DE TELÉFONO CELULAR DEL MIEMBRO:** \_\_\_\_\_ **CORREO ELECTRONICO DEL MIEMBRO:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ *(se requiere comprobante de edad para los nuevos miembros de 6 y 7 años)*

**GÉNERO:**  Femenina  Masculino  Transgénero  Otro  Declina Responder

**RAZA/ETNICIDA:**  Asiático  Afroamericano o Moreno  Hispano o Latino  Nativo Americano o Nativo de Alaska  Mediooriente  
 Hawaiano Nativo o Isleño Pacífico  Blanco  Multi-racial  Declina Responder

**¿CUÁL ES EL IDIOMA PRINCIPAL QUE SE HABLA EN CASA?**  Arabe  Chino  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

**EN QUÉ GRADO ESTA EL MIEMBRO?** \_\_\_\_\_ **MAESTRO/CONSEJERO:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE LA ESCUELA:** \_\_\_\_\_

**¿LA FAMILIA DEL MIEMBRO RECIBE ASISTENCIA PARA VIVIENDA (Pública, Sección 8, Asistencia, Transición)?**  Sí  No

**¿LA FAMILIA DEL MIEMBRO INCLUYE A UN PADRE/GUARDIÁN EN EL EJÉRCITO?**  Sí  No

**¿ES EL MIEMBRO UN HIJO DE CRIANZA?**  Sí  No

**¿ES EL MIEMBRO RECIBE ALMUERZO GRATIS Y/O REDUCIDO?**  Sí  No *(Tenga en Cuenta: Se requiere una copia de la carta de Certificación Directa de SFUSD para todos los Clubes Basados en la Escuela y si está solicitando una beca.)*

**TIENE ALERGIAS EL MIEMBRO:** \_\_\_\_\_

**LISTE LOS MEDICAMENTOS RECETADOS DEL MIEMBRO:** \_\_\_\_\_

**PROVEEDOR DE SEGURO DE SALUD:** \_\_\_\_\_ **# DE IDENTIFICACIÓN DEL SEGURO DE SALUD:** \_\_\_\_\_

**DESCRIBIR CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD O LESIÓN CONOCIDA:** \_\_\_\_\_

**¿EL MIEMBRO TIENE NECESIDADES ESPECIALES (IEP, comportamiento, físicas, etc.)?** \_\_\_\_\_

**PADRES/GUARDIANES QUE VIVEN EN CASA CON EL MIEMBRO**

**CONTACTO PRIMARIO**

**PRIMER NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **APPELLIDO:** \_\_\_\_\_ **RELACIÓN CON EL MIEMBRO:** \_\_\_\_\_

**NUMERO DEL TELÉFONO MÓVIL:** \_\_\_\_\_ **NUMERO DEL TELÉFONO ALTERNATIVO:** \_\_\_\_\_ **CORREO ELECTRONICO:** \_\_\_\_\_

**DIRECCION DE CASA:** \_\_\_\_\_

NUMERO DE COMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
---------------------	--------	--------	---------------

**¿QUIÉNES SON LAS PERSONAS REONSABLES POR EL MIEMBRO?**  1 Padre  2 Padres  1 Guardián  2 Guardians *(guardianes no son los padres del miembro)*

**¿LO QUE MEJOR REPRESENTA EL INGRESO DE SU HOGAR?**

Menos de \$10,000  \$10,000-\$14,999  \$15,000-\$24,999  \$25,000-\$34,999  \$35,000-\$49,999  
 \$50,000-\$74,999  \$75,000-\$99,999  \$100,000-\$149,999  \$150,000-\$199,999  \$200,000 o mas

**¿ESTE INGRESO ANNUAL APOYA A CUANTAS PERSONAS?** # DE ADULTOS EN CASA \_\_\_\_\_ # DE NIÑOS EN CASA \_\_\_\_\_

**CONTACTO SECUNDARIO**

**PRIMER NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **APPELLIDO:** \_\_\_\_\_ **RELACIÓN CON EL MIEMBRO:** \_\_\_\_\_

**NUMERO DEL TELÉFONO MÓVIL:** \_\_\_\_\_ **NUMERO DEL TELÉFONO ALTERNATIVO:** \_\_\_\_\_ **CORREO ELECTRONICO:** \_\_\_\_\_

# OTRO CONTACTO DE EMERGENCIA DE UNA PERSONA QUE NO VIVE CON ELMIEMBRO

PRIMER NOMBRE: _____	APELLIDO: _____	RELACIÓN CON EL MIEMBRO: _____
NUMERO DEL TELÉFONO MÓVIL: _____		NUMERO DEL TELÉFONO ALTERNATIVO: _____
PRIMER NOMBRE: _____	APELLIDO: _____	RELACIÓN CON EL MIEMBRO: _____
NUMERO DEL TELÉFONO MÓVIL: _____		NUMERO DEL TELÉFONO ALTERNATIVO: _____

## LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL PADRE/GUARDIAN

*Su firma al final de este formulario indica su consentimiento y acuerdo con lo siguiente:*

**POLÍTICA DE PUERTA ABIERTA** Los miembros pueden entrar y salir cuando les plazca. No asumimos ninguna responsabilidad por los miembros que eligen no llegar un día en particular o que eligen irse temprano. Si desea que el miembro permanezca en el Club hasta que el Club cierre, aconsele al miembro que no se vaya del Club. Si el miembro no camina solo a casa, padres/guardianes deben hacer arreglos para recogerlos antes que el Club cierre. Los niños que permanezcan en el Club después del horario los padres/guardianes tendrán que pagar un costo adicional y/o el miembro será llevado a la estación de policía local si es necesario.

**MÉDICO** Doy mi consentimiento para que mi hijo sea tratado por un médico o cirujano en caso de una enfermedad o lesión repentina mientras participa en un programa de Boys & Girls Club de San Francisco (BGCSF). Se entiende que el costo del mismo será a mi cargo. Para proteger la seguridad del personal y nuestros miembros, y reducir la responsabilidad, el personal de BGCSF no dispensa ni almacena medicamentos de ningún tipo para nuestros miembros.

**PUBLICACIÓN FOTOGRÁFICA Y DE MEDIOS** Doy permiso a mi hijo (a) a ser fotografiado, grabado o ser entrevistado para el uso de Boys & Girls Clubs of San Francisco (BGCSF), y Boys & Girls Clubs of America (BGCA) y otras organizaciones de confianza para el propósito de material promocional. Para optar que su hijo(a) no sea fotografiado, grabado, o entrevistado hable con uno de nuestros empleados en su club. Tenga en cuenta que el declinar que su hijo(a) que sea fotografiado, entrevistado o grabado, será limitado de esta manera de comunicación y limita su participación en ciertas actividades y eventos.

**PASEOS** Doy permiso para que mi hijo participe en actividades programadas de manera rutinaria que ocurren fuera del sitio en instalaciones cercanas, como parques, piscinas, bibliotecas y otras agencias juveniles. Entiendo que el transporte se proporcionará en la camioneta del Club o que mi hijo estará acompañado por el personal cuando camine o use el transporte público. Entiendo que el personal del Club supervisará todas las actividades. Para algunos eventos especiales o paseos, recibirá una hoja de permiso separada que indica los costos asociados.

**INFORMACIÓN ESCOLAR** BGCSF puede solicitar el acceso a los datos académicos de mi hijo, incluidas las boletas de calificaciones, las transcripciones y, con permiso firmado adicional, el IEP y los registros 504. El Club utilizará esta información para apoyar mejor los logros académicos de mi hijo.

**ENCUESTAS Y CUESTIONARIOS** Doy permiso para que mi hijo participe en encuestas, grupos focales, y otros procesos para medir el aprendizaje y el desarrollo, como resultado de la participación en los programas del Club. Toda la información recopilada se mantendrá confidencial y se utilizará específicamente con el fin de evaluar los programas de BGCSF y apoyar el éxito de su hijo.

**USO DE INTERNET** Tengo entendido que mi hijo tendrá acceso al Internet en el Club. Mientras BGCSF toman precauciones, es posible que él/ella pueda acceder a sitios inapropiados. Los Clubs de BGCSF tienen reglas y consecuencias por tal comportamiento; sin embargo, no podemos ser responsables de las consecuencias del comportamiento en línea.

**REGLAS DE NUTRICIÓN** BGCSF se esfuerza por ser el lugar más saludable en San Francisco para los jóvenes. Brindamos bocadillos saludables y almuerzos diarios. Sólo se permiten bebidas sin azúcar agregada, como jugo 100% natural, agua y leche. Si su hijo necesita bocadillos o comida adicionales mientras se encuentra en el Club, proporcione alternativas saludables que cumplan con nuestra política.

**AVISOS DE MENSAJES DE TEXTO** Los padres/guardianes recibirán un promedio de 2-3 alertas de mensajes de texto por mes de BGCSF sobre cierres y otra información crítica. Porfavor hable con el personal de su Club para no recibir estas alertas de mensajes de texto.

**RESPONSABILIDADES DE LA MEMBRESÍA** Doy permiso para que mi hijo se convierta en un miembro de BGCSF y participe en programas de tutoría si es seleccionado. Entiendo que el Club no es responsable por el tiempo o la manera en que él/ella puede llegar o salir del Club a menos que sea parte de nuestra oferta de transporte. BGCSF y su propiedad no son responsables por lesiones personales o pérdida de propiedad con algunas excepciones. La asistencia está supeditada a que el miembro siga las expectativas del Club y muestre un comportamiento positivo. El personal del Club se reserva el derecho de suspender o cancelar la asistencia y/o la membresía en cualquier momento si no se siguen las reglas del Club. Las cuotas de membresía no serán reembolsadas.

Entiendo que soy responsable de asistir a una orientación con mi hijo para que se active su membresía por primera vez.

FIRMA DEL PADRE O GUARDIAN \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MIEMBRO (SI COMPLETE EL FORMULARIO) \_\_\_\_\_

OFFICE USE ONLY

**APPLICATION:** recd by \_\_\_\_\_ date \_\_\_\_\_  
 entered in Trax by \_\_\_\_\_ date \_\_\_\_\_  
 Club/Site id # \_\_\_\_\_  new  renew  
 member type:  Regular  Clubwide  Collaborative  
 other Clubs/Sites attended/ing: \_\_\_\_\_  
 opt outs:  photo/media  text message alerts

**FEES:** recd by \_\_\_\_\_ date \_\_\_\_\_ amount \_\_\_\_\_  
 scholarship:  yes  no (attach copy of SFUSD Direct Certification letter)  
 reason for scholarship: \_\_\_\_\_  
 payment for:  membership  early bird  paid bus transportation  
 payment method:  cash  check  credit (attach receipt)  
 payment notes: \_\_\_\_\_

OFFICE USE ONLY

# ¿Podemos compartir su información con el San Francisco Department of Children, Youth and Their Families (Depto. de Niños, Jóvenes y Familias de San Francisco)?

## Boys & Girls Clubs of San Francisco

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

El San Francisco Department of Children, Youth, and Their Families (Departamento de Niños, Jóvenes y Familias de San Francisco) (DCYF) proporciona fondos a nuestra organización y para los servicios que prestamos. Para cumplir los requisitos de estos fondos, compartimos información sobre los participantes en nuestros servicios con el DCYF. Deseamos pedirle permiso para compartir su información personal con el DCYF.

El DCYF utiliza la información que le proporcionamos para entender las características de los participantes de nuestros programas y para asegurar que los niños, jóvenes y familias más vulnerables de San Francisco tengan acceso a servicios en toda la ciudad. El DCYF también utiliza los datos para supervisar los fondos que nos proporciona y evaluar las actividades y los efectos del programa.

Al firmar este formulario más abajo, usted permite que nuestra organización y cualquier subcontratista que utilicemos compartan información sobre la participación de su hijo o hija en nuestro programa (o su participación, si usted tiene 18 o más años de edad) con el personal autorizado del DCYF. La información que reportamos al DCYF incluye:

- Información personal, como el nombre, la fecha de nacimiento y la dirección;
- Información demográfica, como la raza, etnicidad e identidad de género;
- Información educativa, como el nombre de la escuela y el grado;
- Datos de la participación en las actividades y los servicios, tales como las fechas de participación y la cantidad de horas de participación; y
- Encuestas anónimas y voluntarias sobre la experiencia de los jóvenes.

El DCYF trabaja estrechamente con el Distrito Escolar Unificado de San Francisco (SFUSD). La información que compartimos con el DCYF también se comparte con el SFUSD si está conectada con un estudiante del SFUSD. Las leyes federales y estatales que gobiernan el uso y la divulgación de los registros educacionales de los estudiantes protegen la privacidad de esta información. La información que se comparte jamás se informa públicamente de una manera que pueda utilizarse para identificarlo a usted.

**Sus derechos:** Usted no tiene obligación de firmar o devolver este formulario. Si eso decide, no compartiremos su información con el DCYF. El optar por no compartir información no afectará la participación de su hijo o hija (ni su participación, si tiene 18 o más años de edad) en nuestro programa. Este formulario se vence el 30 de junio de 2023, al finalizar el ciclo de provisión de fondos actual del DCYF, pero usted lo puede cancelar en cualquier momento informándonos por escrito. Si usted cancela su permiso, la cancelación entrará en vigor de inmediato, a menos que la información ya se haya compartido. Usted tiene derecho a recibir una copia de este formulario.

Su nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el participante:  Padre/madre  Tutor legal  Participante de 18 o más años de edad

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_