

會員申請表

加入年 \_\_\_\_\_

註冊時間:

週一 – 週五

下午 1 點 – 7 點

年費 \$5.00

暑期費 \$25.00

註冊必備文件

- ✓ 出生證明正本/護照正本
- ✓ 最新的免疫注射記錄
- ✓ 體檢表 (已簽名、註明日期並蓋章)
  - 過去兩年內做過的體檢報告  
或
  - 申請袋中所包括的新體檢表

俱樂部隸屬機構

Marion McMahon Abbe  
133-01 41<sup>st</sup> Road  
Flushing, NY 11355  
718.886.7000 ext 101

Elbridge T. Gerry, Jr.  
321 East 111<sup>th</sup> Street  
New York, NY 10029  
212.534.2661 ext 116

Harriman  
287 East 10<sup>th</sup> Street  
New York, NY 10009  
212.533.2550 ext 1130

新會員

年齡 \_\_\_\_\_

年級 \_\_\_\_\_

舊會員

年齡 \_\_\_\_\_

年級 \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY:**

**Explorer:** K (age 6) – 4<sup>th</sup>

**Junior:** 5<sup>th</sup> – 8<sup>th</sup>

**Senior:** 9<sup>th</sup> +

**Alumni** (age 21+) complete Alumni Registration Form

請以端正字跡填寫

申請者資料					
會員的姓: 名: 暱稱:			家庭收入		
目前地址: 公寓#			請勾選您的家庭收入  <input type="checkbox"/> \$12,740 或以下 <input type="checkbox"/> \$12,741 - \$17,160 <input type="checkbox"/> \$17,161 - \$21,580 <input type="checkbox"/> \$21,581 - \$26,000 <input type="checkbox"/> \$26,001 - \$30,420 <input type="checkbox"/> \$30,421 - \$34,840 <input type="checkbox"/> \$34,841 - \$39,260 <input type="checkbox"/> \$39,261 - \$43,680 <input type="checkbox"/> \$43,681 或以上		
市:	州:	郵遞區號:			
生日: 年齡:					
族群: <input type="checkbox"/> 非裔美國人 <input type="checkbox"/> 亞裔 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔					
母親/監護人資料					
母親/監護人姓名:					
地址:					
街道	公寓#	市	州	郵遞區號	
家裏電話:	手機:	工作電話:			
電子郵件地址:					
目前雇主: 職務:					
地址:					
父親/監護人資料					
父親/監護人姓名:			戶口種類  <input type="checkbox"/> 單親家庭 <input type="checkbox"/> 雙親家庭 <input type="checkbox"/> 寄養家庭 <input type="checkbox"/> 監護人家庭		
地址:					
街道	公寓#	市		州	郵遞區號
家裏電話:	手機:	工作電話:			
電子郵件地址:					
目前雇主: 職務:					
地址:					
緊急聯絡人					
姓名:		姓名:			
關係:		關係:			
地址: 公寓#:		地址: 公寓#:			
市:	州:	郵遞區號:	市:	州:	郵遞區號:
電話: 另一個電話:		電話: 另一個電話:			
授權陪同會員回家的人					
姓名/電話:		姓名/電話:			
會員的教育					
學校:	年級:	導師:			
過敏/醫療資料					
過敏/疾病:		使用藥物:			
醫師:		偏好醫院:			
保險公司:		保單號:			

<b>OFFICE USE ONLY:</b>
<input type="checkbox"/> <b>New</b>
<input type="checkbox"/> <b>Renew</b>
Registration Date ____/____/____
<input type="checkbox"/> <b>Explorer</b>
<input type="checkbox"/> <b>Junior</b>
<input type="checkbox"/> <b>Intermediate</b>
<input type="checkbox"/> <b>Senior</b>
ID# _____
<input type="checkbox"/> Birth Certificate/ Passport
<input type="checkbox"/> Immunization
<input type="checkbox"/> Physical Date _____

我已經閱讀和填寫申請表；申請者與我瞭解紐約男孩俱樂部的規定，我希望他被接受成為會員。我謹在此代表他豁免和保護紐約男孩俱樂部及其隸屬機構、分部、行政人員、代理人 and 員工，免於任何種類和性質的索賠、要求、法律訴訟或責任，包括但不限於，因這名小孩使用、操作或參與男孩俱樂部活動或與這類活動有關聯而導致的身體傷害、死亡或財產損壞。我在此授權紐約男孩俱樂部在其推廣材料和網站上使用有這名小孩的照片和視訊。

家長/監護人簽名

會員簽名

日期

日營和課後輔導及青年中心兒童的健康記錄  
(此表由家長填寫後交給醫師)

計劃名稱 \_\_\_\_\_ 許可號 85 \_\_\_\_\_

兒童的姓氏	名字	生日	性別
家裏地址: _____		電話: _____	
家長或監護人: _____		電話: _____	
工作地點: 父親 (監護人) _____		電話: _____	
母親 (監護人) _____		電話: _____	
若發生緊急情況, 請通知: _____		電話: _____	
若遇緊急時聯絡不到家長或監護人, 則通知:			
1. _____		電話: _____	
2. _____		電話: _____	

**重要:** 這位孩童在參加夏令營之前三週是否曾經曝露於任何傳染性疾病?  
是 否 (如果是, 請註明何種傳染病: \_\_\_\_\_)

**病史:** (打勾並寫上大約日期)

耳炎 _____	花粉熱 _____	水痘 _____
風濕熱 _____	常春藤毒 _____	麻疹 _____
痙攣 _____	昆蟲咬 _____	德國麻疹 _____
糖尿病 _____	盤尼西林 _____	腮腺炎 _____
行爲 _____	其他藥物 _____	其他傳染病 _____
氣喘 _____		

其他患過的疾病 \_\_\_\_\_  
手術或嚴重受傷 (日期) \_\_\_\_\_  
住院 (日期) \_\_\_\_\_  
慢性或復發性疾病 \_\_\_\_\_  
任何特別需要鼓勵的活動? \_\_\_\_\_  
任何需要限制活動的病情? \_\_\_\_\_  
可參加所有計劃活動除非醫師另有交待 \_\_\_\_\_  
佩戴物品 (如眼鏡、隱形眼鏡等) \_\_\_\_\_  
服用藥物 \_\_\_\_\_  
家長/監護人建議 \_\_\_\_\_

**緊急醫療救護同意書**  
本人特此授權日營和全年課後輔導及青年中心計劃職員為我的孩子取得必要的緊急醫療救護, 並瞭解他們會儘快通知我們家人。

關係 \_\_\_\_\_ 簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

請見背面的說明。

托兒照護中心名稱： \_\_\_\_\_

參加托兒照護中心的兒童姓名（以端正字跡書寫）：

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

指示：

如果您的家庭中有任何人屬於以下情況，請填寫 **A 部分**：

1. 領取食品券
2. 領取貧困家庭臨時補助 (TANF)
3. 參加印第安人保留區食品分發計劃 (FDPIR)
4. 目前有一個寄養兒童參加托兒照護

如果 **A 部分** 不適用，請填寫 **B 部分**：

簽名、填寫日期、註明成人的社會安全號碼，在證明上簽名，將填好的表格交回托兒照護中心。

A 部分	B 部分														
<p>食品券檔案編號 _____</p> <p>TANF 編號 _____</p> <p>FDPIR 編號 _____</p> <p>寄養兒童姓名 _____</p> <p>寄養兒童個人月收入 \$ _____</p> <p><b>成人家庭成員必須在申請表上簽名後才能獲得批准。</b> 閱讀以下聲明和背面的聲明後，請在下方簽名。</p> <p>我保證以上資訊的準確性和真實性，並保證已經報告了所有的收入。我瞭解本資訊是用於申請聯邦基金，官員可能審查申請資訊的真實性，我可能會因為不實陳述而受到州和聯邦相應法律的制裁。</p> <p>簽名 _____</p> <p>日期: _____</p>	<p>在下方列出所有家庭成員，包括您自己、所有成人和在上方未列出的兒童，即使他們沒有收入。然後在下方右側欄位中列出上月的所有家庭收入。總收入包括工資、養老金、退休金、福利金、兒童撫養費和其它收入來源。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">家庭成員的姓名</th> <th style="width: 30%;">每月總收入</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. _____</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>2. _____</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>3. _____</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>4. _____</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>5. _____</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>6. _____</td> <td>\$ _____</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>成人家庭成員必須在申請表上簽名後才能獲得批准。</b> 閱讀以下聲明和背面的聲明後，請在下方簽名。</p>	家庭成員的姓名	每月總收入	1. _____	\$ _____	2. _____	\$ _____	3. _____	\$ _____	4. _____	\$ _____	5. _____	\$ _____	6. _____	\$ _____
家庭成員的姓名	每月總收入														
1. _____	\$ _____														
2. _____	\$ _____														
3. _____	\$ _____														
4. _____	\$ _____														
5. _____	\$ _____														
6. _____	\$ _____														
<p><b>FOR SPONSOR USE ONLY</b></p> <p>Sponsor Agreement Number _____</p> <p>Total Household Members _____</p> <p>Total Income \$ _____</p> <p>Free _____ Reduced _____ Paid _____</p> <p>Signature of Determining Official _____</p> <p>Date Determined ____ / ____ / ____</p>	<p>我瞭解本資訊是用於申請聯邦基金，官員可能審查申請資訊的真實性，我可能會因為不實陳述而受到州和聯邦相應法律的制裁。</p> <p>簽名: _____</p> <p>印刷體姓名 _____</p> <p>SS# _____ 日期 _____</p>														

## **第 9 款**

按照國家學校午餐法規第 9 款的要求，除非您提供兒童或一位家庭成員的食品券、TANF 或 FDPRI 編號或是為寄養兒童申請，否則您必須提供簽署此申請表的家庭成員的社會安全號碼，或聲明簽署此申請表的家庭成員沒有社會安全號碼。您並非一定要填寫社會安全號碼，但是如果既沒有填寫社會安全號碼，也沒有聲明簽署此申請表的家庭成員沒有社會安全號碼，CACFP 無法批准此申請。社會安全號碼用於確認申請表中所陳述資訊的正確性。這可能包括計劃的檢查、審核和調查，並可能包括聯絡雇主瞭解收入情況，聯絡食品券辦公室、TANF 或 FDPIR 辦公室以獲取食品券、TANF 或 FDPIR 補助的發放證明，聯絡州就業保障辦公室瞭解領取的補助金額並查看家庭成員的文件以證明收入金額。如果發現您提供的資訊不準確，我們可能會取消或減少補助，提起行政訴訟或採取法律行動。

### **收入的定義**

「收入」指未扣除所得稅、社會安全稅、保險金、慈善捐贈和公債之前的收入。它包括：（1）勞務報酬，包括工資、薪水、傭金或勞務費；（2）非農場的自營淨收入；（3）農場的自營淨收入；（4）社會安全收入；（5）存款或公債的分紅或利息，房地產或信託收入，或出租淨收入；（6）公共補助或福利收入；（7）失業補貼；（8）政府公務員或軍人退休金、養老金或退伍軍人津貼；（9）私人養老金；（10）贍養費或兒童撫養費；（11）不住在家裡的人員所提供的定期資助；（12）權利金淨收入；（13）領取的軍隊補貼現金，例如住房津貼，以及（14）任何其它現金收入。

### **家庭的定義**

226 款 2 項有關於「家庭」的定義。「家庭」是指有親屬關係或沒有親屬關係的個人組成的群體，他們不是某一機構的居民或某集體宿舍的寄宿者，而是居住在一起的一個經濟單位。

### **DOH-3688 填寫說明**

#### **給父母或監護人的說明：**

在提供的空格中填寫托兒照護中心的名稱。

印刷體填寫家庭中參加此托兒照護中心的每個兒童的姓名。

**A 部分：**如果您的家庭有任何人領取食品券、貧困家庭臨時補助（TANF）或參加印第安人保留區的食品分發計劃（FDPIR），請僅填寫 A 部分。填寫食品券、TANF 或 FDPIR 編號（請不要使用您的 ACD 或 DSS 托兒照護補助編號），在表格上簽名並註明日期，然後交回托兒照護中心。

**寄養兒童：**如果您的家庭中有參加托兒照護的寄養兒童，請僅填寫 A 部分。填寫寄養兒童的姓名和該兒童從社會服務署領取供個人使用的任何收入。如果寄養兒童沒有得到任何收入請寫「0」。必須為每個寄養兒童單獨填寫一份表格。

寄養家長或者代表兒童的官員必須在表格上簽名並註明日期，然後交回托兒照護中心。

**B 部分：**填寫居住在您的家庭中所有成員的姓名，包括沒有任何收入的成員。包括您自己和家庭中所有其他成人和兒童，包括非親屬人員。不包括表格上方列出的參加托兒照護的兒童。

填寫每個成員上月稅前或未扣除任何支出前的收入金額。參閱此申請表背面的收入定義和家庭定義。如果上月的任何金額少於或多於正常金額，則填寫此成員的正常收入。需要簽名並填寫簽署此證明的成人的社會安全號碼。如果您沒有社會安全號碼，填寫「none」。

#### **給中心和主辦方的說明**

「僅供主辦方填寫」部分由托兒照護中心或主辦方人員填寫、簽名和註明日期。

主辦方/中心代表必須檢查收入資格申請表並確保是按照上述說明填寫的。然後寫明以下內容：

#### **主辦方協議編號**

**家庭成員總數** — 如果父母已填寫 A 部分則不必填寫此項內容。將 B 部分中列出的成員人數（如果已填寫）與參加托兒照護的兒童人數相加。

**總收入** — 如果父母已填寫 A 部分則不必填寫此項內容。填寫從 B 部分中計算出來的月收入總額。如果父母選擇不披露收入，則申請表必須歸類為「已支付」。

**免費、低價或已支付** — 用目前年收入資格指南（DOH-3687）與家庭總收入和家庭成員總數比較，以判定此家庭應歸類為**免費、低價或已支付**。使用 DOH-3687 上的相應欄位歸類他們的收入。例如，如果家長提供兩週的收入，則乘以 26 得到每年的收入。

不完整的申請表（無簽名、無收入資料、或無食品券、TANF、FDPIR 編號）被歸類到已支付類。

**收入資格申請表之有效期為自遞交日起，直至一年後的該月最後一日止。**例如，申請表於 2010 年 5 月 12 日遞交，有效期至 2011 年 5 月 31 日止。

## 體檢表

(由醫師填寫——請見背面說明)

本體檢記錄的目的在於提供職員正確資料以便為日營和課後輔導及青年中心計劃的孩童之需要提供服務。

**疫苗注射記錄**——這是基本疫苗注射日期和最近加強劑量的記錄。

DpaP、DTP 或 TD	日期_____	日期_____	日期_____	日期_____	日期_____
小兒麻痺\	日期_____	日期_____	日期_____	日期_____	日期_____
麻疹、腮腺炎和風疹\	日期_____	日期_____	日期_____	日期_____	日期_____
b 型流感嗜血桿菌	日期_____	日期_____	日期_____	日期_____	日期_____
B 型肝炎	日期_____	日期_____	日期_____	日期_____	日期_____
水痘	日期_____	日期_____	日期_____	日期_____	日期_____
其他	_____				

**體檢**——由有執照的醫師填寫

必須在到達日營之前 12 個月內所做的檢查方有效。

代碼： S=合格

X=不合格(說明)

O=沒有檢查

整體外觀\_\_\_\_\_

身高\_\_\_\_\_ 體重\_\_\_\_\_ 血壓\_\_\_\_\_ 血液檢查(日期)\_\_\_\_\_

尿檢(日期)\_\_\_\_\_ 姿勢與脊椎\_\_\_\_\_ 喉嚨-扁桃腺\_\_\_\_\_

眼睛\_\_\_\_\_ 視力\_\_\_\_\_ 戴眼鏡\_\_\_\_\_ 手與足\_\_\_\_\_ 心臟\_\_\_\_\_

耳朵\_\_\_\_\_ 聽力\_\_\_\_\_ 腳\_\_\_\_\_ 肺\_\_\_\_\_ 皮膚\_\_\_\_\_

鼻\_\_\_\_\_ 牙齒\_\_\_\_\_ 腹部\_\_\_\_\_ 疝氣\_\_\_\_\_

生殖器\_\_\_\_\_

神經問題\_\_\_\_\_

描述異常和/或肢體障礙情況\_\_\_\_\_

這名孩童是否曾經用過含有馬血清的產品? \_\_\_\_\_

過敏：(請說明)\_\_\_\_\_

建議和在日營的限制事項：

特殊飲食\_\_\_\_\_

特殊藥物(請註明)\_\_\_\_\_

家長/監護人是否將送特殊藥物過來? \_\_\_\_\_

游泳\_\_\_\_\_ 潛水\_\_\_\_\_

活動限制\_\_\_\_\_

總評：\_\_\_\_\_

我已經檢查在此所述的個人，查閱了他/她的病史，依我看來，他/她的身體狀況適合參加日營/全年課後輔導及青年中心活動，除了我在上面註明的事項。

\_\_\_\_\_  
檢查醫師(簽名)

\_\_\_\_\_  
醫師姓名(請以端正字跡書寫)

電話\_\_\_\_\_ 地址\_\_\_\_\_

檢查日期\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
郵遞區號