

SOLICITUD DE MEMBRESÍA	
Año del Programa _____	
Horario de registro: Lunes a viernes De 1 a 7 p.m.	<input type="checkbox"/> CUOTA ANUAL \$5.00 <input type="checkbox"/> CUOTA DE VERANO \$25.00

Documentos de registro requeridos

- ✓ Certificado de nacimiento o pasaporte original
- ✓ Registros actualizados de inmunizaciones
- ✓ Formulario de examen físico (firmado, fechado y sellado)
 - Examen físico previo fechado no hace más de dos años
O
 - Nuevo formulario de examen físico incluido en este paquete

Afiliación a Sede de Club

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

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

Harriman
287 East 10th Street
New York, NY 10009
212.533.2550 ext 1130

<input type="checkbox"/> Nuevo miembro	Edad _____	Grado _____
<input type="checkbox"/> Ex miembro	Edad _____	Grado _____

<u>OFFICE USE ONLY:</u>		
<input type="checkbox"/> Explorer: K (age 6) – 4 th	<input type="checkbox"/> Junior: 5 th – 8 th	<input type="checkbox"/> Senior: 9 th +
<input type="checkbox"/> Alumni (age 21+) complete Alumni Registration Form		

Escriba **CLARAMENTE EN LETRA DE IMPRENTA**

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellido del miembro: _____ Nombre: _____ Apodo: _____					INGRESO FAMILIAR	
Dirección actual: _____ No. de apto. _____					Indique el ingreso de su familia	
Ciudad: _____		Estado: _____		Código postal: _____		<input type="checkbox"/> \$12,740 o menos
Cumpleaños: _____ Edad: _____					<input type="checkbox"/> \$12,741 a \$17,160	
Etnicidad: _____ Afroamericano _____ Asiático _____ Caucásico _____ Hispano					<input type="checkbox"/> \$17,161 a \$21,580	
INFORMACIÓN DE LA MADRE O TUTORA						
Nombre de la madre o tutora: _____						
Dirección: _____						
Calle _____		No. de apto. _____		Ciudad _____		Estado _____
Código postal _____		Tel. de casa: _____		Tel. celular: _____		Tel. del trabajo: _____
Dirección de correo electrónico: _____						
Empleador actual: _____					Puesto que tiene: _____	
Dirección: _____						
INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR						
Nombre del padre o tutor: _____						
Dirección: _____						
Calle _____		No. de apto. _____		Ciudad _____		Estado _____
Código postal _____		Tel. de casa: _____		Tel. celular: _____		Tel. del trabajo: _____
Dirección de correo electrónico: _____						
Empleador actual: _____					Puesto que tiene: _____	
Dirección: _____						
CONTACTOS DE EMERGENCIA						
Nombre: _____			Nombre: _____			
Parentesco o relación: _____			Parentesco o relación: _____			
Dirección: _____		No. de apto.: _____		Dirección: _____		No. de apto.: _____
Ciudad: _____		Estado: _____		Código postal: _____		Ciudad: _____
Estado: _____		Código postal: _____		Ciudad: _____		Estado: _____
Código postal: _____		Tel.: _____		Otro tel.: _____		Tel.: _____
Otro tel.: _____		Tel.: _____		Otro tel.: _____		Otro tel.: _____
PERSONA(S) AUTORIZADA(S) PARA ACOMPAÑAR AL MIEMBRO CUANDO SALGA DEL CLUB						
Nombre/ No. de tel.: _____			Nombre/ No. de tel.: _____			
ESCOLARIDAD DEL MIEMBRO						
Escuela: _____			Grado: _____		Maestro(a): _____	
INFORMACIÓN MÉDICA Y SOBRE ALERGIAS						
Alergias o afecciones médicas: _____			Medicamentos: _____			
Médico: _____			Hospital preferido: _____			
Compañía de seguros: _____			Número de póliza de seguro: _____			

TIPO DE FAMILIA	
<input type="checkbox"/> Familia con sólo padre o madre	
<input type="checkbox"/> Familia con 2 padres	
<input type="checkbox"/> Hijo de crianza	
<input type="checkbox"/> Tutoría	
TAMAÑO DE FAMILIA	
Tamaño de la familia _____	
No. de adultos _____	
No. de niños _____	

OFFICE USE ONLY:

New

Renew

Registration Date _____/_____/_____

Explorer

Junior

Intermediate

Senior

ID# _____

Birth Certificate/ Passport

Immunization

Physical Date _____

Medical Release

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR

FIRMA DEL MIEMBRO

FECHA

**Escriba CLARAMENTE EN
LETRA DE IMPRENTA**

BCNY The Boys' Club
of New York
a better future starts at our door

He leído la solicitud completada; el miembro propuesto y yo comprendemos el reglamento de The Boys' Club of New York y solicito que se le admita como miembro. En nombre de él, por este medio libero, exonero, indemnizo y mantengo indemne a The Boys' Club of New York y a cualesquiera de sus afiliadas, subsidiarias, directivos, agentes y empleados, contra toda reclamación, demanda, acción y responsabilidad de cualquier clase y naturaleza, incluyendo, sin carácter exclusivo, lesiones corporales, muerte y daños materiales emanados del uso, operación o participación por dicho menor en actividades del Boys' Club, o de alguna manera relacionados con éstas. Por este medio otorgo mi permiso para que se usen fotografías y videos de él en materiales promocionales y en el sitio web de The Boys' Club of New York.

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR

FIRMA DEL MIEMBRO

FECHA

**EXPEDIENTE DE SALUD PARA NIÑOS EN CAMPAMENTOS DIURNOS Y
CENTROS EXTRAESCOLARES Y JUVENILES**

(Este lado debe ser llenado por uno de los padres antes de presentarse al médico)

NOMBRE DEL PROGRAMA _____ **Permiso No. 85** _____

_____ M F
APELLIDO DEL MENOR **PRIMER NOMBRE** **FECHA DE NACIMIENTO** **SEXO**

Dirección de casa: _____ Tel.: _____

Padre, madre o tutor: _____ Tel.: _____

Lugar de empleo: Padre (Tutor) _____ Tel.: _____

Madre (Tutora) _____ Tel.: _____

En caso de emergencia, notificar a: _____ Tel.: _____

Si el padre, madre o tutor no están disponibles en una emergencia, notificar a:

1. _____ Tel.: _____

o 2. _____ Tel.: _____

Importante: ¿Ha estado este campista expuesto a alguna enfermedad contagiosa durante las tres semanas anteriores a su asistencia al campamento?

Sí No (En caso afirmativo, indique el tipo de exposición: _____)

HISTORIAL DE SALUD: (Marque lo que corresponda, dando fechas aproximadas)

Infecciones de oído _____ Fiebre de heno _____ Varicela _____

Fiebre reumática _____ Envenenamiento por hiedra, etc. _____ Sarampión _____

Convulsión _____ Picaduras de insectos _____ Rubéola _____

Diabetes _____ Penicilina _____ Paperas _____

Comportamiento _____ Otros fármacos _____ Otras enfermedades contagiosas _____

Asma _____

Otras enfermedades pasadas _____

Operaciones o lesiones graves (fechas) _____

Hospitalizaciones (fechas) _____

Enfermedades crónicas o recurrentes _____

¿Se le debe alentar a hacer ciertas actividades específicas? _____

¿Padece de algo que requiera limitar su actividad? _____

Permiso para que realice todas las actividades del programa, salvo que el/la Dr.(a) _____

haya indicado otra cosa

Accesorios que usa (anteojos, lentes de contacto, etc.) _____

Medicamento(s) que toma _____

Sugerencia de los padres o del tutor _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

Por este medio autorizo al personal del Campamento Diurno y del Programa Extraescolar y del Centro Juvenil Durante Todo el Año para que obtengan el tratamiento médico de emergencia necesario para mi hijo, con el entendimiento de que se notificará a la familia a la brevedad posible.

Parentesco o relación _____ Firma _____ Fecha _____ No. de tel.: _____

Vea las INSTRUCCIONES en el reverso.

NOMBRE DE LA GUARDERÍA: _____

Escriba, con letra de imprenta, el nombre del/de los niño(s) inscritos en esta guardería:

1. _____ 2. _____ 3. _____

INSTRUCCIONES:

Complete la Sección A si alguna persona en su grupo familiar:

1. Recibe Estampillas de Alimentos
2. Recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
3. Participa en el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR)
4. Actualmente tiene un hijo tutelar en guardería

Sección A
No. de Caso de Estampillas de Alimentos _____
No. de TANF _____
No. de FDPIR _____
Nombre de hijos tutelares _____
Ingresos mensuales personales del hijo tutelar \$ _____
Un miembro adulto del grupo familiar debe firmar la solicitud para que pueda ser aprobada. Después de haber leído la declaración siguiente y la declaración al dorso, firme abajo.
Certifico que la información arriba es verdadera y correcta y que he declarado todos los ingresos. Comprendo que esta información es proporcionada para recibir fondos Federales, y que funcionarios del gobierno podrán verificar la información que contiene esta solicitud, y que la declaración falsa deliberada de dicha información podrá sujetarme a acciones penales bajo las leyes Estatales y Federales aplicables.
Firma: _____
Fecha: _____

FOR SPONSOR USE ONLY
Sponsor Agreement Number _____
Total Household Members _____
Total Income \$ _____
Free _____ Reduced _____ Paid _____
Signature of Determining Official _____
Date Determined ____ / ____ / ____

Complete la Sección B si la Sección A no es aplicable:

Firme, feche e indique el número de Seguridad Social del adulto que firme la certificación, y devuelva el formulario completo a la guardería.

Sección B	
Coloque los nombres de todos los miembros de su grupo familiar abajo. Inclúyase a sí mismo y a todos los adultos y niños que NO figuren arriba, aunque no reciban ingresos. Luego, coloque todos los ingresos recibidos el mes pasado en su grupo familiar en las columnas de la derecha. Los ingresos brutos incluyen ganancias por trabajo, pensiones, jubilación, Seguridad Social, pagos de asistencia social (welfare), alimentos para hijos y cualquier otra fuente de ingresos.	
Nombres de Miembros del Grupo Familiar	Ingresos Brutos Mensuales
1. _____	\$ _____
2. _____	\$ _____
3. _____	\$ _____
4. _____	\$ _____
5. _____	\$ _____
6. _____	\$ _____

Un miembro adulto del grupo familiar debe firmar la solicitud para que pueda ser aprobada. Después de haber leído la declaración siguiente y la declaración al dorso, firme abajo.

Certifico que la información arriba es verdadera y correcta y que he declarado todos los ingresos. Comprendo que esta información es proporcionada para recibir fondos Federales, y que funcionarios del gobierno podrán verificar la información que contiene esta solicitud, y que la declaración falsa deliberada de dicha información podrá sujetarme a acciones penales bajo las leyes Estatales y Federales aplicables.

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

No. de SS _____ Fecha: _____

Sección 9

Salvo que usted mencione el número de caso de estampillas de alimentos, TANF o FDPIR del niño o de un miembro del grupo familiar, o esté presentando una solicitud para un hijo tutelar, la Sección 9 de la Ley Nacional de Almuerzo Escolar exige que usted incluya el número de seguridad social del miembro del grupo familiar que firme la solicitud, o indique que el miembro del grupo familiar que firma la solicitud no tiene un número de seguridad social. Usted no necesita indicar un número de seguridad social, pero si no se indica un número de seguridad social o no se indica que el miembro adulto del grupo familiar que firma la solicitud no tiene un número de seguridad social, CACFP no podrá aprobar la solicitud. El número de seguridad social podrá utilizarse para verificar la corrección de la información indicada en la solicitud. Esto podrá incluir revisiones de programas, auditorías e investigaciones que podrán incluir el contacto a empleadores para determinar ingresos, el contacto a una oficina de estampillas de alimentos, TANF o FDPIR para determinar la certificación actual para beneficios de estampillas de alimentos, TANF o FDPIR, para contactar con la oficina de seguridad de empleo del estado para determinar la cantidad de beneficios recibidos y verificar la documentación presentada por el miembro del hogar para comprobar la cantidad de ingresos recibidos. Dichos esfuerzos podrán acarrear la pérdida o reducción de beneficios, reclamaciones administrativas o acciones legales si se proporciona información incorrecta.

Definición de Ingreso:

"Ingresos" significa los ingresos antes de los descuentos de impuestos a los réditos, impuestos de seguridad social, primas de seguros, contribuciones para caridad, y bonos, etc. Incluyen lo siguiente: (1) retribución monetaria por servicios, incluyendo sueldos, salarios, comisiones u honorarios; (2) ingresos líquidos por trabajo autónomo no agrícola; (3) ingresos líquidos por trabajo autónomo agrícola; (4) pagos de seguridad social; (5) dividendos o intereses provenientes de ahorros o bonos, ingresos provenientes de bienes raíces o fideicomisos o ingresos líquidos provenientes de alquileres; (6) asistencia pública o pagos de asistencia social (welfare); (7) remuneración por desempleo; (8) pensión de empleado civil del gobierno o militar, o pensiones o pagos a veteranos; (9) pensiones o anualidades privadas; (10) pagos de mantenimiento de ex-cónyuge/compañero(a) o hijos; (11) contribuciones periódicas de personas que no vivan en el hogar; (12) regalías líquidas; (12) beneficios militares recibidos en dinero en efectivo, tales como asignación para vivienda; y (14) cualquier otro ingreso en efectivo.

Definición de Grupo Familiar

Grupo familiar significa "familia", según definición de la Sección 226.2 "Familia" significa un grupo de personas, emparentadas o no, que no residen en una institución o pensión, pero que viven como una única unidad económica.

INSTRUCCIONES: SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS

Instrucciones para padres o tutores:

Coloque el nombre de la guardería en el espacio proporcionado.

Escriba, con letra de imprenta, el nombre de cada niño en su grupo familiar que frecuente dicha guardería.

Sección A: Si alguna persona en su grupo familiar recibe Estampillas de Alimentos, TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) o participa en el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR), complete sólo la Sección A. Anote el número de Estampillas de Alimentos, TANF o FDPIR (no use su número de subsidio ACD o DSS de guardería) y firme y feche el formulario y devuélvalo a la guardería.

Hijos tutelares: Si su hogar incluye un hijo tutelar que esté inscrito en guardería, complete solamente la Sección A. Coloque el nombre del hijo tutelar y todo ingreso que el niño reciba de servicios sociales para su uso personal. Escriba "0" si el hijo tutelar no recibe ingresos. Se debe completar una solicitud distinta para cada hijo tutelar. El padre/madre tutelar o un empleado público que represente al niño debe firmar y fechar el formulario y luego devolverlo a la guardería.

Sección B: Coloque los nombres de todas las personas que vivan en su grupo familiar, aunque no tengan ingresos. Inclúyase a sí mismo y a todos los demás adultos y niños en el grupo familiar; incluya a las personas no emparentadas. No incluya a los niños en guardería que figuren en la parte superior del formulario.

Coloque la cantidad de ingresos que cada persona haya recibido el mes pasado, antes de haberse descontado los impuestos o cualquier otro descuento. Consulte la Definición de Ingresos y Definición de Grupo Familiar al dorso de la solicitud. Si cualquier cantidad del mes pasado fue superior o inferior a la usual, coloque los ingresos usuales de esa persona. Se requiere la firma y número de seguridad social del adulto que firme la certificación. Si usted no tiene un número de seguridad social, coloque "ninguno".

Instrucciones para guarderías y patrocinadores:

La guardería o personal del patrocinador debe completar, firmar y fechar la sección "Sólo para uso del Patrocinador."

El representante del patrocinador/centro debe revisar la solicitud de elegibilidad de ingresos y asegurar que haya sido completada según las instrucciones arriba. Luego debe indicar lo siguiente:

Número de acuerdo del patrocinador

Total de miembros del grupo familiar – este punto no debe completarse si el padre/madre completó la Sección A. Agregue los indicados en la Sección B (si fue completada) a los niños inscritos en guardería.

Ingresos totales – Este punto no necesita ser completado si el padre/madre completó la Sección A. Indique los ingresos mensuales totales, según los calculó en la Sección B. Si el padre/madre decide no revelar ingresos, se debe categorizar la solicitud como "pagada".

Gratis, Reducido o Pagado – Compare los ingresos totales del grupo familiar y el número total de miembros del grupo familiar con las Directrices de Elegibilidad de Ingresos (DOH-3687) de este año para determinar si el grupo familiar debe ser categorizado como **Gratis, Reducido o Pagado**. Use la columna correspondiente en el DOH-3687 para categorizar sus ingresos. Por ejemplo, si el padre/madre indicó ingresos bisemanales, multiplique esta cantidad por 26 para determinar los ingresos anuales.

Las solicitudes incompletas (falta de firmas, información de ingresos, números de Estampillas de Alimentos, TANF o FDPIR) son categorizadas en la categoría pagada.

La solicitud de elegibilidad de ingresos es válida hasta el último día del mes un año calendario a partir de la fecha de entrega. Por ejemplo, un formulario entregado el 12 de mayo de 2010 es válido hasta el 31 de mayo de 2011.

FORMULARIO MÉDICO – Campamento – reverso (página 6)

EXAMEN FÍSICO

(Debe ser llenado por el médico; favor de leer la información al reverso)

El propósito de este expediente de salud es brindarle al personal la información pertinente que ayude a atender las necesidades de este menor en los Campamentos Diurnos y en los Programas Extraescolares y de Centros Juveniles.

HISTORIAL DE INMUNIZACIONES – Esto es un registro de las fechas de aplicación de inmunizaciones básicas y las dosis de refuerzo más recientes.

Difteria, tétanos o tos ferina (DTP)	Fecha_____	Fecha_____	Fecha_____	Fecha_____	Fecha_____
Polio\	Fecha_____	Fecha_____	Fecha_____	Fecha_____	Fecha_____
Sarampión, paperas y rubéola (MMP)\	Fecha_____	Fecha_____	Fecha_____	Fecha_____	Fecha_____
Haemophilus Influenzae tipo b	Fecha_____	Fecha_____	Fecha_____	Fecha_____	Fecha_____
Hepatitis B	Fecha_____	Fecha_____	Fecha_____	Fecha_____	Fecha_____
Varicela	Fecha_____	Fecha_____	Fecha_____	Fecha_____	Fecha_____
Otra _____	Fecha_____	Fecha_____	Fecha_____	Fecha_____	Fecha_____

EXAMEN MÉDICO – Debe ser llenado por un médico licenciado

El examen es aceptable si se hizo no más de 12 meses antes de llegar al campamento.

Código: S = Satisfactorio X = No satisfactorio (explique) 0 = No se examinó

Aspecto general _____
Estatura _____ Peso _____ Presión arterial _____ Análisis de hgb. (fecha) _____
Urianálisis (fecha) _____ Postura y columna vertebral _____ Garganta – Amígdalas _____
Ojos _____ Vista _____ Con anteojos _____ Extremidades _____ Corazón _____
Orejas _____ Oído _____ Pies _____ Pulmones _____ Piel _____
Nariz _____ Dentadura _____ Abdomen _____ Hernia _____
Genitales _____
Hallazgos neurológicos _____
Describir hallazgos anormales y/o afecciones incapacitantes _____
¿Alguna vez ha recibido el menor productos que contengan suero de caballo? _____
Alergia(s): (especifique) _____
Recomendaciones y restricciones mientras esté de campamento.
Dieta especial _____
Medicina especial (nómbrela) _____
¿Enviará alguna medicina especial el padre, madre o tutor? _____
Natación _____ Buceo _____
Restricciones con respecto a actividades _____
Evaluación general: _____

He examinado a la persona descrita en la presente y revisado su historial de salud, y es mi opinión que la misma es físicamente capaz de participar en las actividades del Campamento Diurno, Extraescolares y de Centros Juveniles Todo el Año, con excepción de las observaciones indicadas.

Dr(a). _____ M.D.
MÉDICO QUE EXAMINÓ AL MENOR (FIRMA)

NOMBRE DEL MÉDICO (EN LETRA DE IMPRENTA)

Teléfono _____ Dirección _____
Fecha del examen _____ CÓDIGO POSTAL _____