



SOLICITUD DE MEMBRESIA

La membresía de \$100 no es reembolsable y expira anualmente.

La cantidad exacta en efectivo o crédito es requerida en la orientación.

Por favor, marque la caja del sitio que esta solicitando:

- Chico Clubhouse (grades K-7): 601 Wall Street, Chico
- Chico Teen Center (grades 8-12): 628 Wall Street, Chico
- Hamilton Elementary School (grades TK-8): 277 Capay Ave., Hamilton City
- Las Plumas Teen Center (grades 9-12): Rooms 1018 & 1019, 2380 Las Plumas Ave, Oroville
- Oroville High School (7-12): RoomsQ4 & Q5, 2211 Washington Ave, Oroville
- Paradise Ridge Elem. (grades TK-6): Rooms E2 (Main) 6593 Pentz Rd, Paradise
- Paradise Junior High (grades 7-8): 5657 Recreation Dr, Paradise
- Pine Ridge Elementary (grades TK-6): Rooms 28 & 29 13878 Compton Dr., Magalia
- Paradise Teen Center (grades 8-12): 6241 Skyway, Paradise

- Nuevo Miembro
- Renovar
- Transferir
- Miembro Desplazado
- Nuevo Desplazado

- (530) 899-0335
- (530) 879-5653
- (530) 826-3474 x5035
- (530) 533-3139
- (530) 2320 x3016
- (530) 327-5690
- (530) 872-6465 x2109
- (530) 413-9232
- (530) 413-9740

BGCNV
 Oficina Principal
 601 Wall Street
 Chico, CA 95928
 (530)899-0335
<https://bgcnv.org/>

Ambos lados de esta aplicación deben ser completados por el padre o guardián para poder unirse al Boys & Girls Club. La información proveída es confidencial y será usada para estadísticas y recaudación de fondos y becas para el club. La membresía esta disponible para personas de 5-18 años.

TODAS LAS ORIENTACIONES SON REQUERIDAS Y SE DEBE HACER CITA.

INF. DE MIEMBRO	Nombre	Teléfono de Casa		
	Fecha de Nacimiento	Edad	Hombre	Mujer
	Dirección de Envío	Ciudad	Codigo Postal	
	Dirección Física	Ciudad	Codigo Postal	
	Escuela Actual	Grado	Año Escolar Actual	
	<input type="checkbox"/> Mi hijo/a tiene un plan individual de educación (IEP) - Por favor proporciónenos una copia.			

MEDICO	Nombre del Seguro y Número de Póliza	Alergias a los alimentos
	Condiciones Médicas/Diagnóstico	Alergias estacionales/piel
	Apoyo Médico: Gafas, Inhalador	Alergias a insectos/abejas
	Medicamentos (si se necesitan medicamentos en el sitio, se requerirán formularios adicionales):	

INF. DE HOGAR	Jefe de Familia	Parentesco			
	Dirección de Envío	Ciudad	Código Postal		
	Empleador	Titulo de Trabajo			
	# de Celular	# de Trabajo	# de Casa		
	Correo Electrónico				

OTRO GUARDIÁN	Nombre	Parentesco		
	Dirección de Envío	Ciudad	Código Postal	
	Empleador	Titulo de Trabajo		
	# de Celular	# de Trabajo	# de Casa	
	Correo Electrónico			

INFORMACION MILITAR				
Alguno de los padres o guardián es miembro militar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Sector _____				
Nombre de la Persona	Día de Inicio		Fecha Final	

CONTACTOS DE EMERGENCIA	
Nombre de Contacto	Parentesco
Numero de Teléfono	
Nombre de Contacto	Parentesco
Numero de Teléfono	

¿Es usted u otro cuidador principal en su hogar un "empleado esencial"? Si o No

El empleo de mi hogar se ha visto afectado por COVID: <input type="checkbox"/> Si o <input type="checkbox"/> No (Si es así, elija a continuación)	Comparta cualquier otra información que ayude a nuestro personal a mejorar la experiencia de su hijo en el Club:
Fue su familia desplazada por los incendios? <input type="checkbox"/> Si o <input type="checkbox"/> No	
Descanso o reducción de horas <input type="checkbox"/>	
Despedido <input type="checkbox"/>	

INFORMACION DEL HOGAR

Identificación Étnica <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Caucásico/a <input type="checkbox"/> Hispano/a <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Negarse/Otro	Ingreso Anual <input type="checkbox"/> Menos de \$15,000 <input type="checkbox"/> \$15,001 - \$30,000 <input type="checkbox"/> \$30,001 - \$45,000 <input type="checkbox"/> \$45,001 - \$60,000 <input type="checkbox"/> \$60,001 - \$75,000 <input type="checkbox"/> \$75,001 - \$90,000 <input type="checkbox"/> \$90,001 o Mas	Programas en los que Participa (marque todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> Bono de Cuidado Infantil <input type="checkbox"/> Cupones de Alimento <input type="checkbox"/> Asistencia General <input type="checkbox"/> Programa de Almuerzo Escolar <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Compensación de Veteranos	Miembros de Familia en el hogar : <input type="checkbox"/> Tía/Tío <input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Orfanato <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Hogar Comunitario <input type="checkbox"/> Padre Solamente <input type="checkbox"/> Padre y madrastra <input type="checkbox"/> Madre Solamente <input type="checkbox"/> Madre y Padrastro <input type="checkbox"/> Custodia Compartida <input type="checkbox"/> Negarse/Otro
Información de Residencia <input type="checkbox"/> Residencia Permanente <input type="checkbox"/> Residencia Temporal <input type="checkbox"/> Hotel/Motel	<input type="checkbox"/> Alojamiento Temporal <input type="checkbox"/> Refugio Temporal <input type="checkbox"/> Sin Hogar Temporalmente <input type="checkbox"/> Otro	Numero de Miembros en la familia. _____	

Acuerdo de Padre o Guardián

INICIALES

**** Firme con su iniciales si esta de acuerdo con las declaraciones. ****

	Doy mi permiso para que mi hijo/a forme parte y participe en el Boys & Girls Club.
	Entiendo que el club no es responsable por la forma o hora en que mi hijo/a llegue o se valla del club. El club no se hace responsable de las heridas o danos personales o perdida o danos a propiedad.
	Doy mi permiso para que el club tome fotos de mi hijo/a y que sean usadas para promocionar en redes sociales y eventos sin esperar alguna recompensa.
	En caso de emergencia doy mi permiso para que el club le de atención medica y transportación a mi hijo/a como sea necesario.
	Toda la información sobre el use de computadoras y electrónicos me fue proporcionada durante la orientación. Doy mi permiso de que mi hijo/a use electrónicos en el club basado en las reglas de Boys & Girls Club.
	Acepto que esta cuota de membresía anual de \$100 no es reembolsable. Si no puedo pagar la tarifa, entiendo que se debe enviar una Solicitud de beca y verificación de ingresos a BGCNV.

AUTORIZACION DE INFORMACION CONFIDENCIAL EN CASO DE EMERGENCIA

Doy mi permiso para la divulgación e intercambio de información confidencial dentro de esta solicitud de membresía. También doy permiso para divulgar e intercambiar información confidencial (es decir, datos de pruebas STAR, calificaciones, otros datos relacionados con la escuela y todos los demás datos confidenciales relacionados) de las siguientes fuentes para proporcionar programas y coordinar servicios para mi hijo/a: (Bangor Union Elementary School District, Butte County Office of Education, Butte County Probation Office, Chico Police Department, Chico Stewardship Network, Chico Unified School District, Glenn County Office of Education, Hamilton Elementary School, Juvenile Justice Crime Prevention Act 2000, Office of Justice Programs, Oroville City Elementary School District, Oroville Police Department, Oroville Union High School District, Palermo Union School District, Paradise Police Department, Paradise Unified School District, PIVOT Charter School, Thermalito Union Elementary School District, Town of Paradise, and Victor Community Support Services). Entiendo que mis registros están protegidos por las regulaciones federales de confidencialidad y no se pueden divulgar sin un consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones. Puedo retirar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado una decisión al respecto. Este consentimiento estará vigente siempre que el niño/a sea miembro del Club.

ACUERDO DE MIEMBRO: Estoy de acuerdo en cuidar mi Club y mi propiedad. Cumpliré las reglas del Club en todo momento. Como usuario de la red de BGCNV, acepto cumplir con las reglas establecidas y usar la red de manera constructiva. Si en cualquier momento me piden que devuelva mi tarjeta del Club, entiendo que no se me devolverán las cuotas.

Fecha _____

Firma de Padre _____

STAFF USE ONLY: Staff Initial & Date

STAFF NOTES:

INTAKE INFO	PAYMENT INFO	DATA ENTRY
<input type="checkbox"/> Renewal <input type="checkbox"/> Attended Orientation <input type="checkbox"/> Scholarship App Rec. <input type="checkbox"/> Referral Info Rec.	<input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> Credit Card <input type="checkbox"/> Scholarship <input type="checkbox"/> Camp Fire Displacement Date Paid: _____	Receipt #: <input type="checkbox"/> File Made <input type="checkbox"/> Entered Into DB <input type="checkbox"/> Card Completed <input type="checkbox"/> Additional Doc.