



2024 - 2025 SOLICITUD DE MEMBRESÍA

SOLO PARA USO DEL PERSONAL DE BGC

Date Received ___/___/___ Staff Initials _____
 Payment Received Yes No
 Scholarship Yes No Military ELO PVSD ELO UPCS
 Peak Prep Fee Charged _____
 Membership # _____
 New Renewal Date Entered ___/___/___

Información de Miembros (Requerido)

Apellido		Primer Nombre		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No quiero decir	
Fecha de Nacimiento	Edad	Nombre de Escuela		Grado	Nombre de Maestro
Dirección		Ciudad		Código Postal	
Número de teléfono ()		correo electrónico			
Nombre de Padre/Guardián		Relación	Número de teléfono ()		
Nombre de Padre/Guardián		Relación	Número de teléfono		
Contacto de Emergencia		Relación	Número de teléfono		
Contacto de Emergencia		Relación	Número de teléfono		

Información Médica (Requerido)

Nombre del Medico Preferido	Numero de Medico Preferido	Número de póliza de Seguro
¿Recibe Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es sí, ¿Gold Coast Health Plan? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cualquier problema médico, alergia y / o medicamentos actuales:		

Información del Empleador (Requerido)

Nombre del Trabajo del Padre/Guardian	Nombre del Trabajo del Padre/Guardian			
¿Cree que la compañía en que trabaja estaría interesado en donar bienes, servicios o fondos monetarios para ayudar a uno de nuestros programas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Si su respuesta es sí, proporcione la siguiente información:				
Nombre de Trabajo	Nombre de Contacto	Numero de Teléfono		
Por favor mencione mi nombre cuando se comunique con mi empresa: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Mi empresa aceptará la solicitud de (seleccione todo lo que corresponda):				
<input type="checkbox"/> Descuentos	<input type="checkbox"/> Dinero/Fondos	<input type="checkbox"/> Productos	<input type="checkbox"/> Servicios	<input type="checkbox"/> Otro

Oportunidades para Voluntarios

¿Sería interesado en ser voluntario? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Entrenador de deportes	<input type="checkbox"/> Árbitro deportivo	<input type="checkbox"/> Danza / Drama	<input type="checkbox"/> Mantenimiento del edificio
<input type="checkbox"/> Ayuda de en la Oficina	<input type="checkbox"/> Música	<input type="checkbox"/> Artes	<input type="checkbox"/> Computación

POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN. ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL Y NO SE COMPARTIRÁ CON NINGUNA OTRA AGENCIA:

Tamaño del Hogar _____	¿Es un desarrollo de viviendas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿El niño recibe almuerzo Gratis o Reducido? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Madre/Padre soltero? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cabeza de Familia Actual : <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino- <input type="checkbox"/> Ambos	
Familia Militar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Vive en una base militar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Rama militar
Origen étnico del niño	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> No Hispano o no Latino
Indique la raza del miembro:		
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indígena Americano / Nativo de Alaska	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indígena Americano / Nativo de Alaska y Blanco	
<input type="checkbox"/> Asiático y Blanco	<input type="checkbox"/> Indígena Americano / Nativo de Alaska y Afroamericano	
<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano / otro Isleño del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Afroamericano y Blanco	<input type="checkbox"/> Otro	

INGRESOS DEL HOGAR

Indique el tamaño de su hogar e ingresos anuales

Tamaño del hogar	30% Mediana	50% Mediana	80% Mediana	> 80% Mediana
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> \$0 - \$29,550	<input type="checkbox"/> \$29,550 - \$49,250	<input type="checkbox"/> \$49,250 - \$78,800	<input type="checkbox"/> \$78,800 or more
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> \$0 - \$33,800	<input type="checkbox"/> \$33,800 - \$56,300	<input type="checkbox"/> \$56,300 - \$90,050	<input type="checkbox"/> \$90,050 or more
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> \$0 - \$38,000	<input type="checkbox"/> \$38,000 - \$63,350	<input type="checkbox"/> \$63,350 - \$101,300	<input type="checkbox"/> \$101,300 or more
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> \$0 - \$42,200	<input type="checkbox"/> \$42,200 - \$70,350	<input type="checkbox"/> \$70,350 - \$112,550	<input type="checkbox"/> \$112,550 or more
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> \$0 - \$45,600	<input type="checkbox"/> \$45,600 - \$76,000	<input type="checkbox"/> \$76,000 - \$121,600	<input type="checkbox"/> \$121,600 or more
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> \$0 - \$49,000	<input type="checkbox"/> \$49,000 - \$81,650	<input type="checkbox"/> \$81,650 - \$130,600	<input type="checkbox"/> \$130,600 or more
<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> \$0 - \$52,350	<input type="checkbox"/> \$52,350 - \$87,250	<input type="checkbox"/> \$87,250 - \$139,600	<input type="checkbox"/> \$139,600 or more
<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> \$0 - \$55,750	<input type="checkbox"/> \$55,750 - \$92,900	<input type="checkbox"/> \$92,900 - \$148,600	<input type="checkbox"/> \$148,600 or more

*LÍMITES DE INGRESOS DEL CONDADO DE VENTURA PARA 2024

RECONOCIMIENTO DEL PADRE/MADRE O TUTOR

Yo soy el padre/madre custodio/a o tutor legal del niño/a mencionado en esta solicitud de membresía para el Club Boys & Girls de Camarillo. Entiendo que mi hijo/a puede entrar y salir del Club Boys & Girls de Camarillo (referido como el Club) A SU VOLUNTAD y que el Club no es una instalación de cuidado diurno con licencia (guardería) y no puede brindar atención constante exclusiva a mi hijo/a. Además, entiendo que es mi responsabilidad dar instrucciones a mi hijo/a para que permanezca y participe en las actividades del Club. El Club proporciona personal en todas las áreas de las actividades del Club. Por la presente, doy mi permiso para que mi hijo/a participe en los programas del Club. En consideración de este permiso, entiendo que, por la presente y en nombre de dicho hijo/a, nuestros herederos, ejecutores y administradores renunciamos, eximimos y liberamos para siempre cualquier derecho y reclamación por daños que pueda tener en el futuro contra el Club y/o sus cesionarios por cualquier lesión o daño que pueda sufrir dicho hijo/a en conexión con, durante la participación en, o al regresar de dicha actividad o evento. En caso de lesión a mi hijo/a y no poder ser contactado/a, por la presente permito a un representante del Club Boys & Girls de Camarillo autorizar al médico o hospital para administrar cualquier tratamiento médico a mi hijo/a. Por la presente permito que mi hijo/a sea utilizado/a en materiales de relaciones públicas si surge la oportunidad. Entiendo que la membresía en el Club es un privilegio y si mi hijo/a, o yo como padre/madre custodio/a o tutor/a no podemos cumplir con todas las reglas de seguridad y expectativas de comportamiento, la membresía puede ser suspendida por períodos designados de tiempo o revocada permanentemente. Todas las tarifas pagadas al Club serán perdidas durante el período de suspensión y/o en el momento de la revocación de la membresía.

FIRMA DEL PADRE / GUARDIAN _____ **FECHA** _____

RECONOCIMIENTO DE MEMBRESÍA: Deseo ser miembro de Boys & Girls Clubs of Camarillo. Estoy de acuerdo en obedecer las reglas, tener cuidado para evitar daños al Club y al equipo, y lo más importante, divertirme. También sé que, si soy suspendido del Club por incumplimiento de las reglas, entiendo que no se me devolverá ninguna cuota. **FIRMA DEL SOCIO DEL CLUB:** _____