

Toda la información colectada en esta forma es confidencial y solamente va a ser vista por el personal designado. Esta información es esencial para WEHBGC para los propósitos de patrocinamiento y para asistir en sirviendo lo mejor para su hijo/hija.

**WEST END HOUSE CLUB DE BOYS & GIRLS**  
**(CLUB DE NIÑOS Y NIÑAS CASA FINAL DEL OESTE)**  
**APLICACIÓN ANUAL DE MEMBRESIA (Edades de 7-18 años)**  
**AÑO ESCOLAR 2006-2007**

**INFORMACIÓN GENERAL ECERCA DEL MIEMBRO DEL CLUB**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Apellido:** \_\_\_\_\_ **Inicial de enmedio:** \_\_\_\_\_

**Genero:** Masculino  Femenino  **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Codigo Postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de la casa:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_

**# del Seguro Social:** \_\_\_\_\_ **Lugar dónde nació** U.S.  Otro:  \_\_\_\_\_ **Años de vivir en los U.S.** \_\_\_\_\_

**Raza/etnico** (chequee a todos lo que le aplica): Americano-Africano  Asiatico  Brazilero  Cacausiano

Hispano  Islas Caribenas  Multi-Racial  Americano Nativo  Isleno Pacifico  Otro

**Peso:** \_\_\_\_\_ **Altura:** \_\_\_\_\_ **Color de la piel:** \_\_\_\_\_ **Ojos:** \_\_\_\_\_ **Pelo:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA ESCUELA**

**La escuela que está presentemente:** \_\_\_\_\_ **Nivel/Clase actual:** \_\_\_\_\_

**Tipo de escuela:** Pública  Charter  Católica  Privada  GED  Exámen  METCO  Alternativo  Otro

**Verificación del almuerzo de la escuela/El niño/a es elegible para:** Almuerzo gratis  Almuerzo Reducido  No Elegible

**INFORMACIÓN DE LA CASA**

**El niño/niña vive con** (marque todas las que aplique)

Ámbos padres  La madre solamente  El padre solamente  Tia/Tio  Hermano/Hermana

Abuelos  Guardián  Madre Adoptiva  Padres Adoptivos  Otros

**Numero de personas que están viviendo en la casa:** \_\_\_\_\_

**Numero de hermanos/as**

Hermanos/Hermanastros: Edades: 7-9 \_\_\_\_\_ 10-12 \_\_\_\_\_ 13-15 \_\_\_\_\_ 16-18 \_\_\_\_\_

Hermanas/Hermanastras: Edades: 7-9 \_\_\_\_\_ 10-12 \_\_\_\_\_ 13-15 \_\_\_\_\_ 16-18 \_\_\_\_\_

**País que nació:** Madre: \_\_\_\_\_ Padre: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN PARA PONERSE EN CONTACTO**

**Padre/Guardian 1** Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono casa \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Pager: \_\_\_\_\_ Teléfono en el trabajo: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Nombre del lugar que trabaja: \_\_\_\_\_

**Padre/Guardian 2** Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono casa \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Pager: \_\_\_\_\_ Teléfono en el trabajo: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Nombre del lugar que trabaja: \_\_\_\_\_

Toda la información colectada en esta forma es confidencial y solamente va a ser vista por el personal designado. Esta información es esencial para WEHBGC para los propósitos de patrocinamiento y para asistir en sirviendo lo mejor para su hijo/hija.

### INFORMACIÓN MEDICA

**Contactos de Emergencia:** (por favor especifique dos personas, **otros que no sean padres/guardians**, que nosotros podamos poner en contacto si no le encontramos a usted):

**Contacto #1 en Caso de Emergencia:** \_\_\_\_\_ Núm. de Tel.: \_\_\_\_\_

Relación que tiene con el miembro: \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Contacto #2 en Caso de Emergencia:** \_\_\_\_\_ Num. de Tel.: \_\_\_\_\_

Relación que tiene con el miembro: \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

#### Personal Médico:

**Doctor:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Clinica:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Seguro Médico:** BC/BS  Harvard Pilgrim  NHP  Mass Health  Tufts  Free Care  Otro  \_\_\_\_\_

#### Información Médica: (para referencia en evento de emergencia)

Asma No  Si

Alergias No  Si  por favor especifique: \_\_\_\_\_

Alergias a comidas No  Si  por favor especifique: \_\_\_\_\_

Restricciones Físicas No  Si  por favor especifique: \_\_\_\_\_

Desabilidades de Aprendizaje No  Si  por favor especifique: \_\_\_\_\_

Medicaciones No  Si  por favor especifique: \_\_\_\_\_

La aplicación completa está correcta y exacta a lo mejor de mis habilidades. Yo comprendo que la West End House no es responsable por cualquier daño en caso de cualquier evento que mi hijo/hija tenga. Está de acuerdo que como padres/guardian no va a ver ninguna demanda de responsabilidad para la West End House por el bienestar o cualquier cosa que le suceda a mi hijo/hija.

Yo le estoy dando el consentimiento a que usen la fotografía de mi hijo, record de audio, o otros trabajos creados y el nombre para que sea publicado para eventos de publicidad de la West End House cuando se hace responsablemente sin obligación.

En caso de evento o daño, o una emergencia de cuidado que requiera cuidado, y no me pueda contactar, yo autorizo al personal de West End House Boys & Girls para atención de emergencia para mi hijo/hija.

Nombre del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Miembro del Club: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

#### **Uso de la oficina solamente**

Número de la Membresía: \_\_\_\_\_ Fecha que empezó: \_\_\_\_\_ La cuota que pagó: \_\_\_\_\_ Beca

Fecha de Expiración \_\_\_\_\_ Nuevo  Renovación  Persona que entró la información: \_\_\_\_\_ Fecha Entró: \_\_\_\_\_

Partida de Nacimiento Sí  No  Verificación de Almuerzo en folder: gratis  reducido  no elegible

Foto del miembro en el folder Sí  No  Fecha que la foto se tomó: \_\_\_\_\_

**FORMULARIO PARA LOS BENEFICIOS DE ALIMENTO PARA 2007**

Rellene, firme y devuelva este formulario al West End Boys and Girls Club. Por favor, lea las instrucciones. Si necesita ayuda para rellenar este formulario, llame 617-787-4044.

**1. NOMBRE DEL NIÑO(A):**

<b>Apellido</b>	<b>Nombre</b>	<b>Segundo Nombre</b>
-----------------	---------------	-----------------------

**PARA RECIBIR BENEFICIOS DE ALMUERZO EN LAS ESCUELA, RELLENE ESTA INFORMACION**

**PARA RECIBIR BENEFICIOS DE ALMUERZO EN LA GUARDERIA, RELLENE ESTA INFORMACION:**

Grado: \_\_\_\_\_

Nombre de Guardería: \_\_\_\_\_

**O**

Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre de Proveedor de Guardería de Casa Familiar:

\_\_\_\_\_

Nombre de Patrocinador (si lo sabe): \_\_\_\_\_

**2. Este niño(a) es ACOGIDO? (Vea las instrucciones). Si es un niño acogido, marque aquí [ ] y escriba el ingreso mensual del niño(a):**  
\$ \_\_\_\_\_. Vaya a sección #5.

**3. Estas recibiendo cupones de alimento, beneficios de TANF o FDPIR para tu hijo o, para guarderías de Nivel II, estas matriculado en otro programa de beneficios subvencionadas? Escriba el NUMERO DEL CASO. Por favor, NO RELLENE SECCIÓN 4. Vaya a sección 5.**

Numero de caso para los cupones de alimento: \_\_\_\_\_ Numero de caso para FDPIR: \_\_\_\_\_

Numero de caso para TANF: \_\_\_\_\_

(Solo para los padres de niños en guarderías de Nivel II) Otro programa apto y numero de caso: \_\_\_\_\_

**4. Para los otros hogares: (Rellene esta parte solamente si no rellenó sección #2 o #3) Escriba una lista de todos que viven en el hogar. Incluya el miembro. Escriba todos los salarios de la gente que viven en su hogar. Vaya a sección #5.**

Nombres	Sueldo Mensuales			
	Salario Mensual del Empleo	Asistencia Social, Mantenimiento del Niño, Pensión Alimenticia	Pagos Mensuales de Pensiones, Jubilación, o Seguro Social	Ingresos Mensuales de Trabajo 2 o Algún otro Ingreso Mensual
1.	\$	\$	\$	\$
2.	\$	\$	\$	\$
3.	\$	\$	\$	\$
4.	\$	\$	\$	\$
5.	\$	\$	\$	\$
6.	\$	\$	\$	\$
7.	\$	\$	\$	\$
8.	\$	\$	\$	\$
9.	\$	\$	\$	\$
10.	\$	\$	\$	\$
11.	\$	\$	\$	\$
12.	\$	\$	\$	\$

**5. FIRMA Y NUMERO DE SEGURIDAD:**

**CASTIGO PARA DISTORSIÓN:** Yo aseguro que toda la información que doy es cierto y correcto y que el numero de caso para los cupones de alimento, FDPIR, TANF, o otro programa apto es actual, correcto, y que todo el ingreso del hogar está declarado. Comprendo que estoy dando esta información para el recibo de fondos federales; que oficiales de la institución pueden verificar la información en el formulario y que la distorsión intencionado de la información me hace susceptible al juicio estatal y federal.

Firma del adulto: \_\_\_\_\_ Numero de Seguridad Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Es un proveedor de guardería familiar aplicando para beneficios de Tier I? Sí [ ] No [ ]  
Nombre: \_\_\_\_\_ Num. de teléfono (casa): \_\_\_\_\_ Num. de teléfono (trabajo): \_\_\_\_\_  
Dirrección del hogar: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Declaración de Privacia:** Sección 9 del Acto Nacional del Almuerzo requiere que incluya el número de seguridad social del miembro del hogar que firma este formulario, o indique si no tienes un numero de seguridad social, a menos que escriba el número de caso del cupone de alimento, FDPIR o TANF. No es obligatorio escribir su número de seguridad social, pero si un número de seguridad social no está escrito o una indicación no está hecha que el adulto que firma este formulario no tiene un número de seguridad social, no podemos aprobar el formulario. El número de seguridad social puede ser usado para identificar el miembro del hogar en verificando la exactitud de la información indicado en el formulario. Esto puede incluir revisiones, auditorias, y investigaciones, poniendose en contacto con empleadores para verificar ingresos, poniendose en contacto con la oficina de cupones de alimento, FDPIR o TANF para determinar la certificación para cupones de alimento, FDPIR o TANF, poniendose en contacto con la oficina del empleo estatal para determinar la cantidad de beneficios recibidos y comprobando la documentación producido por el miembro del hogar para comprobar el ingreso recibido. Si la información presentada es incorrecta, puede resultar en una pérdida o reducción de beneficios, reclamaciones administrativos, o acción legal. El número de seguridad social también puede ser revelado a programas, si autorizado según el Acto Nacional del Almuerzo y el Acto de Nutrición de los Niños, el Comptroler General del Estados Unidos, y policia para investigación- violaciones de ciertos programas de educación, salud, y nutrición federales, estatales, y locales.

**6. IDENTIDAD RACIAL/ÉTNICO: No es obligatorio rellenar esta sección. Si opte por rellenarlo: Por favor, marque uno o mas de las identidades raciales:**

[ ] Indio Americano [ ] Asiático [ ] Negro o Afroamericano [ ] Hawai o Otra Isla Pacífica  
[ ] Caucásico [ ] Hispano o Latino

El Departamento de Agricultura prohíbe discriminación en todos de sus programas y actividades basado en raza, color, origen, género, edad, o incapacidad. Gente con incapacidades que necesitan otros metodos de comunicación para información (Braille, audio, etc.) deben ponerse en contacto con el Centro TARGET del USDA: (202) 720-2600 (voz y TTY).

Para denunciar un caso de discriminación, escriba USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 213-W, Whitten Building, 14<sup>th</sup> and Independence Avenue SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame (202) 720-5964. USDA es un proveedor y patrono con igualdad de oportunidades de empleo.

**PARA USO OFICIAL. NO RELLENE ESTA PARTE.**

Hogares con cupones de alimento/FDPIR/TANF o otro programa de beneficios apto (solamente Nivel II) gratis:

[ ] Sí [ ] No

**CONVERSIÓN DE INGRESO MENSUAL:**

Ingreso mensual total: \_\_\_\_\_ Numero en el hogar: \_\_\_\_\_

Clasificación de Elegibilidad: Gratis \_\_\_\_\_ Precio reducido \_\_\_\_\_ Pagado \_\_\_\_\_ Temporario: Gratis \_\_\_\_\_ Precio reducido \_\_\_\_\_  
Nivel I \_\_\_\_\_ Nivel II \_\_\_\_\_ Periodo de tiempo \_\_\_\_\_

Oficial: \_\_\_\_\_

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

## DAR PERMISO

### FOTOGRAFIAS, VIDEOS O HACER TAPES QUE SE VAN A TOMAR A FAVOR DE EL GRAN BANCO DE COMIDA DE BOSTON

Yo estoy dando permiso para que mi hijo/hija menor de edad en mi cuidado sea fotografiado/a, que le tomen videos, peliculas, o de otra manera que la voz de e/ella o su imagen personal sea reproducida por la The Greater Boston Food Bank (El Gran Banco de Comida de Boston)

Yo tengo en conocimiento que The Greater Boston Food Bank, puede causar tales fotografia, videos, o peliculas o otras producciones que se van exhibir, como sin patrocinando la propaganda como fijas las fotografias, transferencias, fotos de emociones, television, video, el internet, o similar a la comunicaci3n, y yo doy mi consentimiento a lo mismo. Yo comprendo que entre otras coas, este acuerdo le da a The Greater Boston Food Bank, el derecho para usar la imagen del menor de edad a mi cuidado en una propaganda p3blica, lo cual puede incluir rotulos o propaganda para promoci3n del The Greater Boston Food Bank. Yo estoy precindiendo de cualquier derecho, titulo o interes en tales fotografias, videos, peliculas o otras producciones. Yo comprendo que en dando permiso The Greater Boston Food Bank tiene el derecho a usar la imagen de mi menor de edad en mi cuidado, yo puedo ayudar a levantar el conocimiento acerca de los ausuntos de hambre en mi comunidad.

En nombre mio y de mi hija/hijo menor de edad que su nombre esta en la parte de abajo de esta, yo con mi perfecto conocimiento estoy dando permiso a The Greater Boston Food Bank de acuerdo a los terminos que est3n arriba escritos.

(Nombre del menor de edad) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Letra de molde su nombre \_\_\_\_\_