



Boys & Girls Club of Oyster Bay-East Norwich

The Bahnik Youth Center

1 Pine Hollow Road, Oyster Bay, New York 11771 516-922-9285

Registro de Membresía / Membership Record 2022

Membresía válida desde el 1 de enero, 2022 hasta el 31 de diciembre, 2022

Membership Number: (for office use only)

22-

Date:

- Mini Membership, ages 3-5
- Membership, grades: K-6
- Teen Membership, grades: 7-12
- One-Event Membership

requires Membership Record, Blue Card, Physical/Immunization Record, OCFS 6040 and Membership Fee.
 requires Membership Record, Blue Card, OCFS 6040 Form and Membership Fee.
 requires Membership Record, Blue Card, OCFS 6040 Form and Membership Fee.
 requires Membership Record, Blue Card, OCFS 6040 Form Membership Fee, and Mini Members Only:
 Physical/Immunization Record.

Membership: New Renewal, Last Year Attended: _____

No se procesan solicitudes incompletas.

Información Personal: Por favor escriba con bolígrafo.

Apellido: _____ Nombre: _____ Niña Niño
 Teléfono: _____ Cumpleaños: _____ Edad: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Zip: _____
 Escuela: _____ Grado Actual: _____
 Etnicidad: Caucásico Afroamericano Hispano/Latino Asiático Indio Americano Otro
 Padre: _____ Teléfono/Trabajo: _____ Celular: _____
 Madre: _____ Teléfono/Trabajo: _____ Celular: _____
 Tutor: _____ Teléfono/Trabajo: _____ Celular: _____

Correo Electrónico de Padres: _____

Correo Electrónico del Socio: _____

Autorización para Recoger (Pick-Up):

Las siguientes personas, de 16 años o mayores, están autorizadas para recoger a mi niño del Club. Yo les informaré a estas personas que deben de presentar identificación personal. Cualquier cambio será hecho con anticipación y por escrito. Yo comprendo que a mi niño no se le permitirá salir del Club con cualquier persona que no esté autorizada en esta lista o presentado por escrito.

APELLIDO	NOMBRE	TELEFONO DE CASA/Celular	TELEFONO DEL TRABAJO	RELACION AL SOCIO

Mi niño tiene permiso para caminar o ir en bicicleta del Club hasta su casa (A partir del 6 Grado solamente): Si No

Ingreso Total del Hogar y Demás Información:

Es obligatorio completar esta sección de la solicitud, como lo requieren nuestros patrocinadores. Esta información es confidencial y no tendrá ningún efecto en el costo del programa. Por favor indique cual es el ingreso total de su hogar:

- \$1-\$72,750 \$72,751-\$83,150 \$83,151-\$93,550 \$93,551-\$103,900 \$103,901-\$112,250
- \$112,251-\$120,550 \$120,551-\$128,850 \$128,851-\$137,150 \$137,151-o más

¿Cuántas personas en el hogar? _____ ¿Cuántos niños en la familia? _____ ¿Familia de Padres Solteros? Si No

En caso de una emergencia, por favor notifique a (alguien que no sea los padres):

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____
 Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Firma/Consentimiento de Padres y Tutores—Por favor ponga sus iniciales después de leer lo siguiente.

Yo testifico que la información aquí presentada es correcta según entiendo. Y aunque me han asegurado de que esta información se mantendrá confidencialmente, estoy consciente de que está sujeta a un proceso de verificación por las agencia brindando servicios, la Oficina de Desarrollo Comunitario de Nassau County y/o HUD. Yo autorizo dicha verificación, y brindaré la documentación necesaria si me lo piden.

Nombre de Padres/Tutores (letra de molde): _____

Firma de Padres/Tutores: _____ Fecha: _____



Autorizaciones de Padres de Familia

Conformación de Recibo del Manual para Socios/Padres de Familia 2022

Yo he recibido una copia del Manual para Socios/Padres de Familia del Boys & Girls Club of Oyster Bay-East Norwich, en el cual se detallan todas las políticas, reglamentos y regulaciones del Club. Yo comprendo y me comprometo a revisar su contenido y también compartir las reglas y políticas del Club con mi(s) hijo(s). Yo soy consciente de que el no seguir las reglas y políticas del Club pudiera resultar en la cancelación de la matrícula de mi(s) hijo(s). El Manual para Socios/Padres de Familia está disponible electrónicamente en nuestro sitio de internet www.bgcoben.org y de forma impresa en el Club.

Cuidados de Emergencia:

Yo autorizo todo y cualquier cuidado médico, dental y/o quirúrgico de emergencia y hospitalización en caso de accidente o lesión que sea recomendado como necesario para el bienestar y salud de mi hijo/a por los médicos, cirujanos, y personal del hospital. Yo acepto que mi hijo/a sea transportado en el evento de una emergencia médica. Se notificará de inmediato a los padres de familia, tutores o persona con la patria potestad del socio.

Autorización para Hacer Las Tareas Escolares:

- Me gustaría que mi hijo/a completara sus tareas escolares en el Boys & Girls Club.
- Ma gustaría de que mi hijo/a eligiera si desea completar sus tareas escolares en el Boys & Girls Club.

Permiso para La Transportación:

Yo autorizo de que mi hijo/a sea transportado hacia y desde el Boys & Girls Clubhouse y las escuelas OBENCSD para participar en los Programas de Antes y Después de la Escuela y/o para ir a paseos fuera de las instalaciones del Club. Yo comprendo que, al firmar este documento, yo le doy permiso al Boys & Girls Club of Oyster Bay-East Norwich para transportar a mi hijo/a, por autobús o el vehículo del Club y que seré notificado por adelantado de cualquier paseo.

- Si, permito que mi hijo/a use el transporte del Club.
- No, yo no permito que mi hijo/a use el transporte del Club. Yo hare arreglos para que mi hijo/a use transporte alterno y por cuenta propia.

Exención de COVID-19:

La Exención de COVID-19 se encuentra en la página diez (10) del Manual para Socios/Padres de Familia, y al firmar este documento, estoy de acuerdo en que ya leí y comprendo toda la información detallada en la Exención de COVID-19. Yo acepto la asunción de todo riesgo y acepto toda responsabilidad por cualquier lesión a mi hijo/a o a mí mismo (incluyendo, pero no limitado a, lesiones personales, incapacidad, y muerte), enfermedad, danos, pérdidas, reclamos, responsabilidad o gastos, de cualquier tipo, que yo o mi hijo/a pudiéramos experimentar o incurrir en relación al asistir al Club o por participar en sus programas.

Es más, yo comprendo que mi hijo no puede asistir al Club si está enfermo, demuestra síntomas de COVID-19, han tenido contacto con personas que hayan tenido un examen positivo de COVID-19, o tienen fiebre de 100 grados o más. Si mi hijo/a se enferma estando en el Club, yo comprendo que lo aislarán de inmediato y deberé de recogerlo de inmediato yo mismo o alguien en la lista autorizada 'Authorized Pickup Person'. Es mi responsabilidad tener un plan formulado en el evento que esto pasara.

Al firmar este contrato, todas las partes están de acuerdo con los términos y políticas aquí estipuladas, incluyendo asumir la responsabilidad financiera de las cuotas del cuidado infantil.

Nombre del Niño/a: _____ Grado: _____

Nombre de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Tutor: _____

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
REGISTRO DE CUIDADO DIURNO

	NOMBRE DEL PROGRAMA:		DIRECCIÓN:		NÚMERO DE TELÉFONO () -	
	NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO(A): NOMBRE PREFERIDO/APODO:				FECHA DE NACIMIENTO: / /	
	DIRECCIÓN DE LA CASA DEL NIÑO(A):					
	NOMBRE DE LA PERSONA INSCRIBIENDO AL NIÑO(A):			RELACIÓN CON EL NIÑO(A): <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tutor(a) <input type="checkbox"/> Encargado(a) <input type="checkbox"/> Pariente _____ <input type="checkbox"/> Otro _____		
NÚMERO(S) DE TELÉFONO DE LA PERSONA INSCRIBIENDO AL NIÑO(A): () - <input type="checkbox"/> puede enviar textos				DIRECCIÓN DE LA PERSONA INSCRIBIENDO AL NIÑO(A) (SI ES DIFERENTE A LA DEL NIÑO(A)):		
Correo electrónico:						
INFORMACIÓN DE EMERGENCIA	CONTACTOS DE EMERGENCIA/DIRECCIONES		Autorizado para recoger al niño(a)	NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL		OTRO NÚMERO DE TELÉFONO/ CORREO ELECTRÓNICO
	Contacto principal:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	() - <input type="checkbox"/> puede enviar textos		() - <input type="checkbox"/> puede enviar textos
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	() - <input type="checkbox"/> puede enviar textos		() - <input type="checkbox"/> puede enviar textos
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	() - <input type="checkbox"/> puede enviar textos		() - <input type="checkbox"/> puede enviar textos
<i>For Program Use Only</i> Date of Enrollment: / /				<i>For Program Use Only</i> Date of Disenrollment: / /		

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO(A):		FECHA DE NACIMIENTO: / /	
Marque las casillas de abajo para indicar si su hijo(a) tiene necesidades o servicios especiales: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Intervención temprana/Educación especial <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional <input type="checkbox"/> El habla/Lenguaje <input type="checkbox"/> Terapia física <input type="checkbox"/> Alergias (lista) _____ <input type="checkbox"/> Otra _____			
Por favor proporcione información aquí Y discuta con su proveedor de cuidado infantil:			
NOMBRE DEL MÉDICO PRINCIPAL DEL NIÑO(A)/GRUPO:		NÚMERO DE TELÉFONO: () -	
HOSPITAL PREFERIDO:		NÚMERO DE TELÉFONO: () -	
CUIDADO DENTAL DEL NIÑO(A):		NÚMERO DE TELÉFONO: () -	
Información sobre seguro de salud para niños está disponible llamando gratis al 1-800-698-4543 o visitando el portal del mercado del cuidado de la salud del Departamento de Salud del Estado de Nueva York: https://nystateofhealth.ny.gov/			
ACUERDOS			
• Yo doy mi consentimiento para tratamiento de emergencia para mi hijo(a).....		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• Yo doy mi consentimiento para que mi hijo participe en viajes en el vecindario (p. ej., biblioteca, parque y patio de recreo) lejos del programa bajo supervisión apropiada.....		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• Yo comprendo que el programa puede necesitar permisos adicionales para situaciones tales como transportación, divulgación de información médica, y viajes de campo.....		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• Yo proporcioné al programa información sobre las necesidades especiales de mi hijo(a) para ayudar en su cuidado.....		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• Yo comprendo que al inscribir al niño(a) el programa debe dar a los padres una declaración escrita de su política, conforme a la regulación.....		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• Estoy de acuerdo en revisar y actualizar esta información cuando ocurran cambios, por lo menos cada año.....		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
FIRMA DEL PADRE/ MADRE O PERSONA(S) LEGALMENTE RESPONSABLE(S):		FECHA: / /	

member
Name:

OCFS-6040-S (6/2020)

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

**ATESTACIÓN DE EXAMEN DE SALUD DE EMPLEADOS DE CUIDADO INFANTIL, VOLUNTARIOS,
PADRE/MADRE, NIÑOS Y VISITANTES ESENCIALES**

Antes de ingresar al programa de cuidado infantil, los empleados, visitantes, padres, niños y visitantes esenciales **deben completar un cuestionario de examen de salud diariamente. Además, cada empleado, voluntario, padre/madre, niño y visitante esencial debe firmar y enviar este formulario al programa solo una vez.** Los empleados, voluntarios, padres, niños y visitantes esenciales deben responder a todas las preguntas y tomar su temperatura diariamente para confirmar una temperatura corporal inferior a 100.0 grados Fahrenheit. Si alguien responde "Sí" a cualquiera de las preguntas a continuación, no puede ingresar al programa de cuidado infantil. Un padre/madre o tutor(a) es responsable de completar la evaluación diaria en nombre de sus hijos.

Autoevaluación:

Más abajo se presentan las preguntas de autoevaluación que los empleados, voluntarios, padres, niños y visitantes esenciales deben responder **diariamente**. Si alguna de las respuestas a las siguientes preguntas es "Sí", las personas **no pueden** entrar al programa. Si las respuestas son "No" a todas las siguientes preguntas, las personas **pueden** entrar en el programa. Si los empleados, voluntarios, padres, niños y visitantes esenciales no pueden tomar su temperatura en casa, pero responden "No" a todas las demás preguntas, pueden reportarse al programa para que su temperatura se tome en el lugar.

1. ¿Su temperatura es superior o igual a 100.0 grados Fahrenheit?
2. ¿Ha tenido algún contacto conocido con una persona confirmada o sospechosa de tener COVID-19 en los últimos 14 días?
3. ¿Está experimentando actualmente ALGUNO de los siguientes síntomas?
 - o Tos (nuevo o empeoramiento)
 - o Dificultad para respirar (nuevo o empeoramiento)
 - o Dificultad para respirar (nuevo o empeoramiento)
 - o Fiebre
 - o Escalofríos
 - o Dolor muscular (nuevo o empeoramiento)
 - o Dolor de cabeza (nuevo o empeoramiento)
 - o Nueva pérdida de sabor
 - o Nueva pérdida del olfato
4. ¿Ha dado positivo para COVID-19 a través de una prueba diagnóstica en los últimos 14 días?

Si ha respondido "NO" a todas las preguntas, ha pasado el cuestionario y puede entrar en el programa.

Si ha respondido "SÍ" a cualquier pregunta, no se le permitirá entrar en el programa.

Atestación: Al firmar este documento, acepto que autocontrolaré estos síntomas cada día e informaré el resultado de acuerdo con las instrucciones anteriores y no ingresaré a ningún programa de cuidado infantil si alguno de los síntomas o condiciones anteriores está presente.

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Nota: Este documento debe ser firmado y devuelto al programa antes de ingresar al mismo. La copia firmada debe ser provista solo una vez. El programa de cuidado infantil debe retener una copia para sus registros.



Boys & Girls Club of Oyster Bay-East Norwich

The Bahnik Youth Center
1 Pine Hollow Road, Oyster Bay, New York 11771 516-922-9285

Credit Card Payment Authorization

Child's Last Name/First Name: _____ Grade: _____
 Child's Last Name/First Name: _____ Grade: _____
 Child's Last Name/First Name: _____ Grade: _____

If you would like the convenience of having your tuition and/or program fees automatically charged to your credit card, simply complete the form below and submit same to the Boys & Girls Club. Please note that this document will need to be completed annually at the start of each new school year.

Before and After School Program Deposit and/or Monthly Tuition

I hereby authorize the Boys & Girls Club to charge the credit card listed below for payment. I understand and accept that the Boys & Girls Club will charge my account automatically on the third Friday of every month for my child/children's monthly tuition. The amount charged may fluctuate due to any changes in tuition or program enrollment. *PT Monthly Tuition is based on 10 days.

No. of Children	Description of Program/Activities	One-Time Cost/Child	Recurring Monthly Cost	Total
	Before School Program – FT Monthly Tuition		\$149.59	\$
	Before School Program – FT Monthly Tuition, Sibling Discount		\$145.10	\$
	Before School Program – PT Monthly Tuition		\$92.70*	\$
	Before School Program – PT Monthly Tuition, Sibling Discount		\$89.92*	\$
	Before School Program – PT Additional Days	\$9.27		\$
	Before School Program – PT Additional Days, Sibling Discount	\$8.92		\$
	After School Program – FT Monthly Tuition		\$352.22	\$
	After School Program – FT Monthly Tuition, Sibling Discount		\$341.65	\$
	After School Program – PT Monthly Tuition		\$206.00*	\$
	After School Program – PT Monthly Tuition, Sibling Discount		\$199.82*	\$
	After School Program – PT Additional Days	\$20.60		\$
	After School Program – PT Additional Days, Sibling Discount	\$19.98		\$
	Half Days of School Session	\$20.05		\$
	Half Days of School Session with Lunch	\$25.05		\$
	Half Days of School Session, Sibling Discount	\$19.46		\$
	Half Days of School Session with Lunch, Sibling Discount	\$24.46		\$
	TOTAL:			\$

Membership, Friday Night Fun, Early Dismissal, Full Day Camps, Classes/Programs, etc.

The Boys & Girls Club may use the authorized credit card, with verbal permission from the cardholder listed below for the payments of various Boys & Girls Club activities and programs.

No. of Children	Description of Program/Activities	One-Time Cost/Child	Total
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
	TOTAL:	\$	\$

Last Name of Credit Cardholder: _____ First Name: _____

Billing Address, City, State, Zip: _____

Mobile Telephone: _____

Card Type (circle): Visa MasterCard American Express Expiration Date: _____

Account Number:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

I certify that I am an authorized user of this credit card, and that I will not dispute the payment with my credit card company; so long as the transaction corresponds to the terms indicated in this form. I authorize Boys & Girls Club to capture my credit card information and securely store my credit card on file. This credit card will be kept on file and will remain in effect until the expiration of the credit card account. Applicants may revoke this credit card on file by submitting a written request to the address at the top of the form. A new form must be submitted if any information changes, such as credit card expiration date, etc. Applicants agree to pay the cost for any returned or challenged payments.

Cardholder's Signature: _____ Date: _____