



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 2021 / Membership Record 2021

Membresía válida desde el 1 de enero al 31 de diciembre, 2021

Membership Number: (for office use only)

20-

Date: _____

___ Mini Membership, ages 3-5

requires Membership Record, Physical/Immunization Record, and Membership Fee.

___ Membership, grades: K-5

requires Membership Record, Blue Card, and Membership Fee.

___ Teen Membership, grades: 6-12

requires Membership Record, Blue Card, and Membership Fee.

___ One-Event Membership

requires Membership Record, Blue Card, Membership Fee, 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.

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

Mi niño tiene permiso para caminar o ir en bicicleta del Club a su casa (En 6^{to} Grado o mayor 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-\$69,450 ___ \$69,451-\$79,400 ___ \$79,401-\$89,300 ___ \$89,301-\$99,200 ___ \$99,201-\$107,150
 ___ \$107,151-\$115,100 ___ \$115,101-\$123,050 ___ \$123,051-\$130,950 ___ \$130,951-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.

_____ Yo comprendo y estoy de acuerdo con las reglas delineadas al dorso de este formulario y seguiré todas las reglas y políticas del Club. Todas las políticas del Club están delineadas en el Manual para Padres/Socios, el cual recibí con la inscripción, y también se encuentran en nuestro sitio de internet, www.bgcoben.org.

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

Firma de Padres/Tutores: _____ Fecha: _____



Boys & Girls Club of Oyster Bay-East Norwich

The Bahnik Youth Center

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

Autorizaciones de Padres de Familia

Conformación de Recibo del Manual para Socios/Padres de Familia 2021

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).

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 de las instalaciones para paseos, así como 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 haré arreglos para que mi hijo/a use transporte alternativo 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, daños, 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, ha 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: _____
Nombre de Padre/Tutor: _____

Grado: _____
Fecha: _____

Firma del Padre/Tutor: _____

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

FOTO DEL NIÑO (Opcional)	NOMBRE DEL PROGRAMA:		DIRECCIÓN:		NÚMERO DE TELÉFONO () -	
	NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO(A):				FECHA DE NACIMIENTO:	
	NOMBRE PREFERIDO/APODO:				/ /	
	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		NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL	
	Contacto principal:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		() - <input type="checkbox"/> puede enviar textos	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		() - <input type="checkbox"/> puede enviar textos	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		() - <input type="checkbox"/> puede enviar textos		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		() - <input type="checkbox"/> puede enviar textos		
For Program Use Only			For Program Use Only			
Date of Enrollment: / /			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: / /

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.

Thanks to all our 2014 Fund Drive Contributors...