



Por favor escriba su información de manera clara y legible.

**OFFICE USE ONLY:**

FEES Recd By: Initials \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Amt Paid \$ \_\_\_\_\_ Payment Type \_\_\_\_\_ TRAX Entered By: Initials \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL JOVEN (Youth Information)

Club ID: \_\_\_\_\_  New or Previous Club:

NOMBRE (FIRST NAME) \_\_\_\_\_ APELLIDO (LAST NAME) \_\_\_\_\_ APODO (SI TIENE) (NICKNAME) \_\_\_\_\_

# DE CELULAR (CELL PHONE)  Recibe mensajes de texto? (text notifications) \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO (EMAIL) \_\_\_\_\_

RAZA:  Nativo americano o de Alaska  Afroamericano o de raza negra  Hispano o Latino  Asiatico  Nativo de Hawaii o de las Islas del Pacifico  
(RACE)  Medio Oriente-Arabe  Medio Oriente- Otro  Blanco(a)  Multiracial  Prefiero no contestar

GENERO: (GENDER)  Femenino  Masculino  Otro

FECHA DE NACIMIENTO: (BIRTHDATE) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (MIEMBROS NUEVOS DE 6 Y 7 AÑOS DEBEN ACREDITAR SUE EDAD)

GRADO EN AGOSTO 2018 \_\_\_\_\_ ESCUELA (SCHOOL) \_\_\_\_\_ MAESTRO/CONSEJERO (TEACHER/COUNSELOR) \_\_\_\_\_

SEGURO MEDICO (HEALTH INSURANCE PROVIDER) \_\_\_\_\_ PROVEEDOR (PROVIDER #/ID) \_\_\_\_\_

ALERGIAS (ALLERGIES) \_\_\_\_\_ MEDICINAS (MEDICATIONS) \_\_\_\_\_

DESCRIBA CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD O ACCIDENTE (OTHER KNOWN ILLNESSES OR INJURIES)

DESCRIBA NECESIDADES ESPECIALES QUE EL NIÑO(A) TENGA (SPECIAL NEEDS)

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA: (CHECK ALL THAT APPLY)

- Padres o Guardianes en las Fuerzas Armadas  Familia Provisional (Foster Care)  Ayuda para la vivienda (Public, Section 8, Assistance)
- Almuerzo Gratis o con descuento (SI RECIBE SERVICIOS EN LA ESCUELA DEBE PRESENTAR PRUEBA DE ALMUERZO GRATIS O DE BAJO COSTO)

### PADRES O GUARDIANES que viven con el(la) joven (Parents/Guardians)

NOMBRE Y APELLIDO (primera persona a quien contactar) (FIRST & LAST NAME) \_\_\_\_\_ RALACION CON EL(LA) JOVEN (RELATIONSHIP) \_\_\_\_\_

DIRECCION (HOME ADDRESS) \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO (EMAIL) \_\_\_\_\_

TELEFONO DE PREFERENCIA  Recibe mensajes de texto? (text notifications) \_\_\_\_\_ TELEFONO ALTERNATIVO  Recibe mensajes de texto? (text notifications) \_\_\_\_\_

FAMILIA:  Un padre o madre  Ambos padres  Un guardian  2 guardians (Guardian es cualquier otra(a) que no sea padre o madre del joven.)

REVISE LA CANTIDAD QUE MEJORE REPRESENTA SUS GANANCIAS ANUALES: (ANNUAL HOUSEHOLD INCOME)

- Menos de \$10,000  \$10,000-\$14,999  \$15,000-\$24,999  \$25,000-\$34,999  \$35,000-\$49,999
- \$50,000-\$74,999  \$75,000-\$99,999  \$100,000-\$149,999  \$150,000-\$199,999  \$200,000 o mas

GANANCIAS ANUALES: (INCOME SUPPORTS) # DE ADULTOS EN LA FAMILIA: \_\_\_\_\_ # DE JOVENES EN LA FAMILIA: \_\_\_\_\_

OTRO NOMBRE Y APELLIDO (OTHER FIRST & LAST NAME) \_\_\_\_\_ RALACION CON EL(LA) JOVEN (RELATIONSHIP) \_\_\_\_\_

TELEFONO DE PREFERENCIA  Recibe mensajes de texto? (text notifications) \_\_\_\_\_ TELEFONO ALTERNATIVO  Recibe mensajes de texto? (text notifications) \_\_\_\_\_

## CONTACTO DE EMERGENCIA otro adulto que no vive con el joven (Other Adults)

OTRO NOMBRE Y APELLIDO (OTHER FIRST & LAST NAME)

RALACION CON EL(LA) JOVEN (RELATIONSHIP)

TELEFONO DE PREFERENCIA  Recibe mensajes de texto? (text notifications)

TELEFONO ALTERNATIVO  Recibe mensajes de texto? (text notifications)

OTRO NOMBRE Y APELLIDO (OTHER FIRST & LAST NAME)

RALACION CON EL(LA) JOVEN (RELATIONSHIP)

TELEFONO DE PREFERENCIA  Recibe mensajes de texto? (text notifications)

TELEFONO ALTERNATIVO  Recibe mensajes de texto? (text notifications)

## PADRE/GUARDIAN LIBERACION DE RESPONSABILIDAD (Release of Liability)

### SU FIRMA INDICA QUE ESTA DE ACUERDO CON LO SIGUIENTE:

BGCSF tiene una **POLÍCA DE PUERTA ABIERTA**. Miembros pueden salir y entrar cuando lo deseen. No assumimos ninguna responsabilidad por los miembros que elijan no venir un día en particular o que elijan irse temprano. Si desea que su hijo permanezca en el Club en todo momento, por favor dígalos que no se vayan. Si su hijo no camina a casa por su cuenta, debe hacer arreglos para recogerlo antes de que cierre el club. A los niños que permanecen en el programa despues del horario del programa, se les cobrará un costo adicional y / o serán dejados en la estación de policía local si es necesario.

**MÉDICO** Doy mi consentimiento para que mi hijo sea tratado por un médico o cirujano en caso de enfermedad o lesión repentina mientras participa en un programa de BGCSF. Entiendo que el cargo corra por mi cuenta. Para proteger la seguridad del personal y nuestros miembros y reducir la responsabilidad, el personal de BGCSF no distribuye ni guarda medicamentos de ningún tipo para nuestros miembros.

**PUBLICACIÓN DE FOTOS / MEDIOS** Doy permiso para que mi hijo sea fotografiado, filmado y / o entrevistado para ser utilizado por BGCSF y Boys & Girls Clubs of America en materiales promocionales.

**PASEOS** Doy permiso para que mi hijo participe en actividades rutinariamente que ocurren fuera del sitio en instalaciones cercanas, tales como parques, piscinas, bibliotecas y otras agencias juveniles. Entiendo que se proporcionará transporte en la camioneta del Club, o que mi hijo estará acompañado por el personal al caminar o usar el transporte público. Entiendo que el personal del Club supervisará todas las actividades. Para algunos eventos especiales o excursiones, recibirá un permiso por separado que indica los costos asociados.

**INFORMACIÓN ESCOLAR** BGCSF puede solicitar el acceso a los datos académicos, las libretas de calificaciones, las transcripciones y los registros 504 de mi hijo. Esta información será utilizada por el Club para apoyar mejor el rendimiento académico de mi hijo.

**ENCUESTAS Y CUESTIONARIOS** Doy permiso para que mi hijo participe en encuestas, grupos focales y otros procesos para medir cómo están aprendiendo y creciendo como resultado de los programas del Club. Toda la información recolectada se mantendrá confidencial y se utilizará específicamente con el fin de evaluar los programas de BGCSF y apoyar el éxito de su hijo.

**USO DEL INTERNET** Entiendo que mi hijo tendrá acceso a Internet en el Club. Aunque precauciones sean tomadas, es posible que él / ella visite sitios inapropiados. Los Clubes BGCSF tienen reglas y consecuencias para tal comportamiento; sin embargo, no podemos ser responsables de las consecuencias del comportamiento en línea.

**POLÍCA DE NUTRICIÓN** BGCSF se esfuerza por ser el lugar más saludable en San Francisco para los jóvenes. Proporcionamos meriendas y almuerzo saludables todos los días. Solo se permiten bebidas sin azúcar agregada, como jugo 100%, agua y leche. Si su hijo necesita refrigerios o almuerzos adicionales en el Club, proporcione alternativas saludables que cumplan con nuestra política.

Doy permiso para que mi hijo se convierta en miembro de BGCSF. Entiendo que el Club no es responsable por el tiempo o la manera en que él / ella puede llegar o dejar el Club a menos que él / ella sea parte de nuestra oferta de transporte. BGCSF y sus propiedades no son responsables por lesiones personales o pérdida de propiedad con algunas excepciones. La asistencia depende de que el miembro siga las expectativas del Club y muestre un comportamiento positivo. El personal del club se reserva el derecho de suspender o finalizar la asistencia y / o membresía en cualquier momento si no se siguen las reglas del Club. Las cuotas de membresía no serán reembolsadas.

Entiendo que soy responsable de asistir a una orientación con mi hijo para que se active su membresía por primera vez.

FIRMA PADRE/GUARDIAN

FIRMA DEL MIEMBRO ( SI LO COMPLETA PARA SI MISMO)

# Autorización de divulgación de información confidencial

## Boys & Girls Clubs of San Francisco

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Member ID: \_\_\_\_\_ (mm/dd/yyyy)

Nuestra agencia cuenta con el apoyo de un otorgamiento del Departamento de Niños, Jóvenes y Familias de San Francisco (San Francisco Department of Children, Youth, and Their Families) (DCYF, por sus siglas en inglés). Como condición de los fondos que recibimos, debemos reportar información a DCYF sobre los servicios que proveemos a los niños, jóvenes y familias que servimos. DCYF trabaja estrechamente con el Distrito Escolar Unificado de San Francisco (San Francisco Unified School District) (SFUSD, por sus siglas en inglés). Los datos que reportamos a DCYF también se comparten con el SFUSD.

DCYF y SFUSD utilizan los datos que les proporcionamos para entender las poblaciones que reciben servicios de los programas patrocinados por DCYF y asegurar que los niños, jóvenes y familias más vulnerables de San Francisco tengan acceso a tales servicios. DCYF también usa los datos para controlar los fondos del otorgamiento y evaluar las actividades y los efectos del programa.

Al firmar este formulario, usted autoriza a nuestra agencia a compartir información sobre la participación de su hijo en nuestro programa (o su participación, si usted es mayor de 18 años) con el personal autorizado de DCYF y SFUSD para los objetivos descritos con anteriormente. La información que reportamos a DCYF incluye la siguiente:

- Información personal, como el nombre, fecha de nacimiento y domicilio;
- Información demográfica, como la raza/etnia y la identidad de género;
- Información educativa, como el nombre de escuela y grado;
- Participación en las actividades y los servicios, como fechas y horas de asistencia; y
- Encuestas anónimas y voluntarias sobre la experiencia de los jóvenes.

DCYF y SFUSD no reportarán públicamente la información que les proporcionemos de ningún modo que pueda usarse para identificar a su hijo (o identificarlo a usted, si es mayor de 18 años).

**Restricciones:** Toda la información que proporcionemos que esté relacionada con un estudiante del SFUSD estará protegida por leyes federales y estatales que gobiernan el uso, la divulgación y la divulgación posterior de los registros educativos de los estudiantes. Las personas y entidades distintas a DCYF y SFUSD no tendrán acceso a la información personalmente identificable que reportemos, excepto en la medida que tales personas y entidades obtengan una autorización escrita previa de usted o cumplan con las políticas y los procedimientos del SFUSD para obtener acceso a tal información.

**Vencimiento:** Esta autorización vence el 30 de junio de 2023.

**Sus derechos:** Puede negarse a firmar este formulario. Puede cancelarlo en cualquier momento informando a nuestra agencia por escrito. Si usted cancela su permiso para permitirnos divulgar su información a DCYF y al SFUSD, la cancelación entrará en vigor de inmediato, a menos que ya se haya divulgado la información. Usted tiene derecho a recibir una copia de este formulario.

Su nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el participante:  Padre/madre  Tutor legal  Participante mayor de 18 años

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(mm/dd/yyyy)