

Formulario de Información sobre Membresías

Boys & Girls Clubs of Metro Atlanta

Información del Miembro (Favor de Escribir con Letra de Imprenta)

Primer Nombre:		Segundo Nombre:		Apellido:
Nombre de una Persona que Viva con el Miembro:		Teléfono de Casa:		Nombre del Contacto de Emergencia:
Dirección de Casa:				Teléfono de Emergencia y Extensión:
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código Postal:	Dirección de E-Mail:

GENERO: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	FECHA DE NACIMIENTO:	ORIGEN ETNICO: (CIRCULE UNO) <input type="checkbox"/> Afroamericanos <input type="checkbox"/> Asiático Americano <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Otro
	Edad:	
Nombre de la Escuela:	Grado:	Número de Miembros de la Familia que Viven en el Hogar:
¿Ha sido miembro antes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de Años:	Vive Con: (Circule Uno) Tío/Tía Ambos Padres Padre Custodia Tutelar/DFACS Madre Abuelo(s) Otro _____
		Nombre del Boys & Girls Club Anterior:

Padre/Tutor Legal

Nombre del Padre:	Apellido del Padre:	Teléfono de Trabajo del Padre (con Ext.):
Empleador del Padre:	Ocupación del Padre:	Teléfono Celular:
Nombre de la Madre:	Apellido de la Madre:	Teléfono de Trabajo de la Madre (con Ext.):
Empleador de la Madre:	Ocupación de la Madre:	Teléfono Celular:
Nombre del Tutor Legal:	Apellido del Tutor Legal:	Teléfono de Trabajo del Tutor Legal (con Ext.):
Empleador del Tutor Legal:	Ocupación del Tutor Legal:	Teléfono Celular:

Información Médica/Emergencias

Problemas Médicos/Alergias:	Medicamentos que Toma:
Nombre del Médico:	Teléfono del Médico:
Hospital o Clínica de su Preferencia:	Teléfono del Hospital:
Compañía Aseguradora:	Número de Póliza de Seguro:
	¿Puede Nadar el Miembro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Información sobre Personas Autorizadas para Recoger al Miembro:

Proporcione el nombre de dos Personas Autorizadas para recoger al Miembro.	
1) Nombre:	Apellido:
2) Nombre:	Apellido:
Personas No Autorizadas: Nombre	Apellido

Confidencial – La siguiente información es necesaria para nuestros expedientes y para el financiamiento que recibe nuestra organización. Sus respuestas son totalmente confidenciales. Apreciamos su cooperación al proporcionar esta información necesaria.

	Número de Medicaid:	MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE APLIQUEN: <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Cupón de Cuidado Infantil <input type="checkbox"/> Cupones Alimenticios <input type="checkbox"/> Asistencia General <input type="checkbox"/> Almuerzo Escolar <input type="checkbox"/> Compensación para Veteranos	Discapacidad(es):
INGRESO ANUAL DEL HOGAR: \$ _____			
Notas Confidenciales Definidas por el Club: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____			

Concedo al Boys & Girls Club mi autorización para el uso de las fotografías donde aparezca mi hijo(a). Estoy de acuerdo en que mi hijo(a) participe en actividades para evaluar resultados, incluyendo obtener copias de la boleta de calificaciones escolares de mi hijo(a) y responder a encuestas. La información obtenida en estas actividades será confidencial.

Firma del Padre o Tutor Legal

Firma del Miembro del Club

Fecha: Mes ____ / Día ____ / Año

Para Uso del Personal de la Oficina Únicamente:

ID del Miembro:	Estatus: <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Renovación	Becas: <u>Necesidad</u> <input type="checkbox"/> Situación económica <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Referencia de DHR <input type="checkbox"/> Otro <u>Procedencia</u> <input type="checkbox"/> Amerigroup <input type="checkbox"/> Goizueta <input type="checkbox"/> JC Penney <input type="checkbox"/> CAPS <input type="checkbox"/> FRESH	Cantidad: <input type="checkbox"/> Membresía <input type="checkbox"/> Verano <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Militar/BGCA <input type="checkbox"/> Autoridad de Vivienda <input type="checkbox"/> Weed & Seed <input type="checkbox"/> Otro
Ingreso de Datos: Recibido _____ Ingresado _____ # Recibo _____			
Fechas de Membresía: Inicio _____ Fin _____ Inicial _____			

Formularios y Acuerdos de Exención Instrucciones: Por favor anote sus iniciales y firme cada uno de los recuadros. Llene el resto del formulario y devuélvalo al Club. Conservaremos una copia del formulario en el expediente del miembro. ¡Muchas gracias!

<p>COMPUTADORAS: Por favor anote sus iniciales en una opción únicamente:</p>	<p>TRANSPORTE:</p>
<p>_____ Mi hijo/hija sí puede utilizar el correo electrónico y el Internet cuando se encuentre en el Club, según lo establecido en las Reglas de Uso Apropiado.</p> <p>_____ Mi hijo/hija sí puede utilizar el Internet únicamente según lo establecido en las Reglas de Uso Apropiado.</p> <p>_____ Prefiero que mi hijo/hija no utilice el correo electrónico ni el Internet cuando se encuentre en el Club.</p> <p>_____ Los trabajos y las fotografías de mi hijo/hija sí pueden ser publicados en el Internet.</p> <p>_____ Prefiero que los trabajos y las fotografías de mi hijo/hija no sean publicados en el Internet.</p> <p>_____ Como usuario de la red de cómputo del Club, mi hijo/hija y yo nos comprometemos a cumplir con las reglas anteriormente expuestas y a utilizar la red de una manera constructiva.</p>	<p>Ruta post-escolar/de verano</p> <p>_____ Autorizo el servicio de transporte desde la escuela _____ hacia el Club durante el año escolar 20____.</p> <p>_____ Autorizo el servicio de transporte desde el Club hacia mi casa durante el año escolar 20____.</p> <p>Visitas guiadas/eventos especiales</p> <p>_____ Autorizo que mi hijo/hija acuda con los Boys & Girls Club of Metro Atlanta a cualquier visita guiada o salida a la cual yo decida inscribirlo/inscribirla durante el año escolar y/o el programa de verano.</p> <p>_____ Autorizo las salidas y visitas guiadas durante el programa de verano únicamente.</p> <p>_____ Comprendo que los Boys & Girls Clubs of Metro Atlanta se reservan el derecho de retirar a mi hijo/hija del servicio de transporte.</p>
<p>CUESTIONES MEDICAS: Favor de anotar sus iniciales</p>	<p>EXENCION Y LIBERACION DE RESPONSABILIDAD:</p>
<p>En caso de una emergencia, el Club debe tener una autorización por escrito para obtener un tratamiento médico para su hijo/hija.</p> <p>_____ Otorgo mi permiso para que los Boys & Girls Clubs of Metro Atlanta obtengan un tratamiento médico para mi hijo/hija.</p> <p>_____ No otorgo mi permiso para que los Boys & Girls Clubs of Metro Atlanta obtengan un tratamiento médico para mi hijo/hija.</p> <p>_____ Entiendo que el tratamiento puede incluir transporte de emergencia, radiografías o cirugías en algunas circunstancias. Estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad de los gastos relacionados con este o cualquier otro tratamiento que reciba mi hijo/hija.</p> <p>_____ Autorizo la administración de los primeros auxilios básicos, incluyendo (entre otros): remoción de astillas, crema antibiótica, vendajes y hielo.</p> <p>_____ No autorizo la administración de los primeros auxilios básicos, incluyendo (entre otros): remoción de astillas, crema antibiótica, vendajes y hielo.</p>	<p>ACUERDO DE EXENCION DE RESPONSABILIDAD</p> <p>_____ Deseo voluntariamente que mi hijo/hija se inscriba como miembro en las actividades de NATACION, ENTRENAMIENTO CON PESAS Y TODAS LAS ACTIVIDADES DEPORTIVAS que ofrece el Club. Comprendo todos los peligros inherentes. Entiendo y estoy de acuerdo en que el personal de los BGCMA y los demás miembros no serán responsables de la seguridad de mi hijo/hija y que tampoco serán los custodios de la seguridad de mi hijo/hija. Libero a las personas y organizaciones anteriormente mencionadas de toda responsabilidad o reclamación que pudiera surgir con respecto a la participación de mi hijo/hija en el programa, ya sea por parte mía, de mi hijo o de cualquier entidad que nos represente. Además, certifico que soy mayor de edad, que tengo la capacidad legal de firmar este acuerdo y que deseo firmarlo por voluntad propia. También entiendo que los términos contenidos en este acuerdo son contractuales y no son meramente informativos. Certifico que he leído y comprendo el contenido de este acuerdo. Asumo la responsabilidad del bienestar físico de mi hijo/hija y su capacidad para participar en el programa.</p>
<p>ORIENTACION PARA PADRES:</p>	
<p>_____ He recibido o descargado la Guía de Orientación para Miembros/Padres y estoy de acuerdo en cumplir con las políticas del Club según aparecen explicadas en la guía de orientación. Me comprometo a repasar las políticas del Club con mi hijo/hija y asumo la responsabilidad de su comportamiento mientras asista al Boys & Girls Club.</p>	

Certifico que he leído y comprendo todas las políticas y los procedimientos de los Boys & Girls Clubs of Metro Atlanta.

Nombre del Miembro (con letra de imprenta): _____

Firma del Padre o Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____

Nombre del Padre o Tutor Legal (con letra de imprenta): _____

ACUERDO, EXENCION Y LIBERACION DE RESPONSABILIDAD
NOMBRE Y FOTOGRAFIA (Opcional)

Para: **Boys & Girls Clubs of Metro Atlanta**
100 Edgewood Avenue, Suite 700
Atlanta, GA 30303

Asunto: Use del Nombre, la Fotografía y la Identidad en Relación con las Actividades de Publicidad y/o Promoción de la Organización

Yo, el abajo firmante, otorgo mi consentimiento irrevocable y mi autorización para que los **Boys & Girls Clubs of Metro Atlanta**, Department of Human Services y sus subsidiarias, filiales y agencias publicitarias (las "Compañías") utilicen sin restricción alguna el nombre, las fotografías y la identidad de mi hijo/hija en distintos materiales y sitios web de los BGCMA, además de distintas publicaciones impresas y en cualquier otro medio de comunicación, así como cualquier información personal que yo proporcione a las Compañías, esto para realizar las actividades de publicidad y promoción de las Compañías y/o sus productos por cualquier medio, forma o material seleccionado por las Compañías y sin requerir de una revisión o autorización previa o adicional, ya se que dicha publicidad y promoción se realice ante el público, ante otras empresas u organizaciones o ambas, además de los comunicados de prensa corporativos, los boletines informativos y demás comunicaciones de las Compañías. Por medio de este documento libero y exonero a dichas Compañías y a cualquier agente, empleado y funcionario de las Compañías, incluyendo a sus agencias, productores de medios y clientes, contra cualquier reclamación, responsabilidad o demanda, ya sea conocida o desconocida en este momento y sin importar si se trata de un acto pasado, presente o futuro. Adicionalmente, renuncio a todos los derechos relacionados con el uso de mi nombre, fotografía, identidad e información personal, incluyendo, a manera enunciativa mas no limitativa, cualquier cuestión relacionada con la publicidad, privacidad, daño psicológico y/o libelo.

Certifico que soy el padre/tutor del miembro cuyo nombre aparece abajo, que tengo más de 21 años de edad, que he leído lo anterior y que comprendo totalmente su contenido, que la contraprestación recibida a cambio de la firma de este Acuerdo, Exención y Liberación de Responsabilidad es justa y equitativa y que deseo celebrar este Acuerdo, Exención y Liberación de Responsabilidad de mi propia voluntad.

Los beneficios de este Acuerdo, Exención y Liberación de Responsabilidad serán extensivos a los sucesores, cesionarios, concesionarios y representantes legales de las Compañías y sus condiciones serán obligatorias para mis herederos, albaceas, cesionarios y representantes legales.

Fecha: _____

Firma del Padre/Tutor: _____

Nombre: _____

Nombre del Niño: _____

Dirección: _____



Departamento de Servicios Humanos de Georgia – Formulario de Elegibilidad de Ingresos para el Programa de Cuidado Después de la Escuela

Actualizado el 5/10

Página 1 de 3 del Formulario de Elegibilidad de Ingresos

_____ (Nombre de la Organización financiada por el DHS), junto con el Departamento de Servicios Humanos de Georgia (DHS, por sus siglas en inglés), se han asociado para brindar programas extracurriculares valiosos y emocionantes para los jóvenes de Georgia. La información suministrada en el siguiente formulario ayudará a asegurar que los jóvenes que reúnan las condiciones para participar en el programa se beneficien de esta asociación. Agradecemos su cooperación y el permitirnos involucrarnos en la vida de su hijo. Téngase en cuenta que debe obtenerse una verificación de ingresos y debe adjuntarse una copia al formulario de elegibilidad de ingresos del joven.

Formulario a ser completado por el Padre/Tutor/Encargado

Información del Padre/Tutor/Encargado

Nombre del Padre/Tutor/Encargado (Apellido y Nombre/s) _____

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono Particular # _____ Trabajo # _____ Celular # _____

Dirección de correo electrónico _____@_____.com

Información del joven

Nombre del Joven Participante: _____ Número de Seguro Social _____ - _____ - _____

Sexo: _____ Masculino _____ Femenino

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa): _____ / _____ / _____

Sección 1

Si la respuesta a CUALQUIERA de las preguntas de la Sección 1 es NO, la familia y el joven no reúnen las condiciones necesarias para beneficiarse de los servicios financiados por el DHS. Si la respuesta a todas las preguntas de la Sección 1 es SÍ, el padre/tutor/encargado pueden proceder a completar el formulario.

¿Vive usted en Georgia? Sí No

¿Es usted ciudadano de los EE.UU. o inmigrante legal que tiene permitido trabajar en los EE.UU.? Sí No

¿Tiene usted por lo menos un/a niño/a a su cargo, de 18 años o menor, que vive con usted? Sí No

Sección 2

Si la respuesta a una o más preguntas de la Sección 2 es SÍ, la familia y el joven reúnen las condiciones necesarias para beneficiarse de los servicios financiados por el DHS y el padre/tutor/encargado puede proceder a completar la Sección 5. Si la respuesta a TODAS las preguntas de la Sección 2 es NO, el padre/tutor/encargado debe completar la Sección 3, Sección 4 y Sección 5 para determinar su elegibilidad.

¿Recibe usted actualmente beneficios o servicios en virtud de cualquiera de los programas que se detallan a continuación? (Nota: tendrá que suministrar verificación):

1. TANF [Asistencia Temporal para Familias Necesitadas] sí no
2. Cupones para Alimentos sí no
3. Medicaid o Peachcare [Servicios de Atención Médica] para Niños sí no
4. Programa de almuerzo gratis o a precio reducido en la escuela sí no

Sección 3

Si contestó NO a TODAS las preguntas de la Sección 2, revise este cuadro e ingrese el tamaño de su unidad familiar, ingreso anual bruto del hogar e ingreso mensual bruto del hogar para determinar su elegibilidad.

Elegibilidad de Ingresos Familiares para los Servicios del DHS al 300%– Guía de Elegibilidad de Ingresos para el Programa de Cuidado Después de la Escuela

Número de Personas en la Unidad Familiar	Nivel de Pobreza Federal *	Servicios DHS Pautas de Ingreso Familiar Anual **	Servicios DHS Pautas de Ingreso Familiar Mensual
1	\$10.830	\$32.490	\$2.707
2	\$14.570	\$43.710	\$3.642
3	\$18.310	\$54.930	\$4.577
4	\$22.050	\$66.150	\$5.512
5	\$25.790	\$77.370	\$6.447
6	\$29.530	\$88.590	\$7.382
7	\$33.270	\$99.810	\$8.317
8	\$37.100	\$111.030	\$9.252
Por cada persona adicional, agregue:	\$3.740	\$11.220	\$935

* Ingreso basado en las Pautas de Pobreza 2009 del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) de los EE.UU. para los 48 Estados Contiguos y el Distrito de Columbia. (Fuente: sitio web del HHS: Registro Federal, Tomo 74, N° 431, 6 de marzo de 2009, páginas 9781-8782)

** 300% del nivel de pobreza federal

Tamaño de la Unidad Familiar* _____

Ingreso Anual Bruto del Hogar \$ _____ Ingreso Mensual Bruto del Hogar \$ _____

* Ver definición de unidad familiar en el Anexo A.

Sección 4

Complete la Sección 4 indicando su nombre, el nombre del/los niño/s que vive/n con usted, y el otro padre del/los niño/s, si vive con usted. Indique el ingreso mensual bruto de cada uno.

Ingreso y Composición Familiar					
<i>El Ingreso Mensual Bruto es el ingreso antes de impuestos y deducciones.</i>					
Nombre (Nombre/s y Apellido)	Parentesco	Fecha de Nacimiento (DD/MM/AA)	Fuente de Ingresos	Monto (Ingreso Bruto Mensual)	¿Frecuencia de pago?
	<i>SÍ MISMO</i>				

Notificación y Firma del Solicitante

Sección 5

Revise y firme la Sección 5 en carácter de notificación y firma de verificación.

Le solicitamos su número de Seguro Social porque cualquier persona que solicite o reciba beneficios federales debe darnos su número de Seguro Social. El artículo 409(a) (4) de la Ley Federal de Seguro Social y las reglamentaciones federales (45 CFR 264.10) nos permiten recabar esta información.

Al firmar esta solicitud,

- Juro, bajo la pena de perjurio, que a mi leal saber y entender, toda la información suministrada y declaraciones realizadas en esta solicitud son verdaderas, y
- Prometo cooperar con cualquier esfuerzo para verificar la información suministrada.
- Si me seleccionaran para participar en el programa, prometo cumplir con todas las normas y pautas.

Aclaración Padre/Tutor/Encargado

Fecha

Firma del Padre/Tutor/Encargado

Fecha

A ser completado por el Programa Financiado por el DHS

Al firmar a continuación, certifico que la información presentada dentro de este formulario fue verificada y confirmada** y cumple con las normas y pautas de Elegibilidad de Ingresos del DHS.

Firma de Personal Autorizado del Programa

Cargo

Fecha

** *Ver constancias de verificación de ingresos en el Anexo B.*

***Anexo A: Unidad Familiar**

La definición de familia del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas del Departamento de Servicios Humanos incluye a los niños que se tengan a cargo para los cuales se solicita asistencia y a otras personas que vivan en el hogar con el niño que deban incluirse en la familia.

Las siguientes personas son consideradas miembros de la Unidad Familiar:

- Padres biológicos o adoptivos del niño para el que se solicita asistencia;
- Hermanos menores elegibles (hermanos plenos, medio hermanos o hermanos adoptivos) del niño para el que se solicita asistencia;
- Otros niños que vivan en el hogar que estén dentro del grado específico de parentesco con el pariente beneficiario que no sean miembros de la Unidad Familiar; y
- Parientes que no sean padres pero que revistan el carácter de tutores si no existen padres en el hogar o si el único padre en el hogar recibe SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario).

****Anexo B: Constancias de Ingresos y Fuentes de Ingresos Admisibles**

Debe obtenerse una verificación de ingresos y debe adjuntarse una copia al formulario de elegibilidad de ingresos del joven.

Los siguientes son ejemplos de verificación de ingresos percibidos:

- Recibos de sueldo correspondientes a las últimas cuatro semanas de ingresos;
- Formularios W-2 (Comprobante de salarios e impuestos);
- Documentación emitida, firmada y fechada por el empleador;
- Declaración de ingresos personales (por ej., autónomo)
- Declaraciones juradas trimestrales del impuesto a las ganancias;
- Declaraciones juradas anuales del impuesto a las ganancias cuando se presenten en el trimestre enero-marzo;
- Carta/declaración del empleador;
- Documentación de otro personal de la DFCS (División de Servicios para Niños y Familias), como por ejemplo el encargado del caso; y/o
- Formulario 809 o resumen desglosado completado por el empleador.

Los siguientes son ejemplos de verificación de ingresos no percibidos:

- Copia del cheque correspondiente al mes corriente con recibos de sueldo (correspondientes a las últimas 4 semanas);
- Cartas de concesión de beneficios o declaración escrita firmada y fecha del pagador;
- Registros de Seguro Social;
- Registros de indemnización por accidentes de trabajo;
- Formulario 139 – Declaración de aporte;
- Registros de reclamos por seguro de desempleo;
- Información de pantalla SUCCESS; y/o
- STARS (Programa de Reconocimiento de Logros de Alumnos y Maestros).

Ver fuentes de ingresos admisibles en la página 5.

Ingresos Admisibles

Se considera cada una de las siguientes fuentes de ingresos para determinar la elegibilidad:

Percibidos

- Salario o sueldo – El ingreso bruto del solicitante se utiliza para determinar su elegibilidad
- Ingreso neto del trabajador autónomo
- Comisión percibida por empleados
- Actuación como jurado
- Ingresos provenientes de alquileres – (pagos regulares y continuos – si se dedica a la administración de propiedades durante un promedio de 20 horas o más por semana)
- Ingresos provenientes de pensionistas - (pagos regulares y continuos)

No percibidos

- Asignaciones militares
- Donaciones benéficas en efectivo que superen los \$300 recibidas de una organización que reciba financiación del Estado o de la Nación
- Herencias
- Beneficios de seguros debido a lucro cesante – beneficios pagados en virtud de una póliza de seguro debido a lucro cesante
- Beneficios del Seguro Social
- Prestación por desempleo
- Indemnización por accidentes de trabajo
- Pensión alimenticia - (pagos regulares y continuos)
- Manutención - (pagos regulares y continuos)
- Asignación Agrícola – pagos recibidos de programas patrocinados por el gobierno, tales como Servicios de Protección y Estabilización Agrícola
- Beneficios para veteranos
- Ganancias de capital
- Intereses/Anualidades
- Ganancias de capital/Dividendos
- Jubilación
- Fondo Fiduciario
- Pensión por Discapacidad
- Ingresos provenientes de pensionistas - (pagos regulares y continuos)
- Ingresos provenientes de alquileres – (pagos regulares y continuos – si se dedica a la administración de propiedades durante un promedio de 20 horas o menos por semana)
- Remuneración diferida a través de planes de jubilación

**Iniciativa para Jóvenes del Departamento de Recursos Humanos de
Georgia
Programa Post-Escolar
Permiso de los Padres de Familia para el Uso de Fotografías**

En la segunda página de este documento se solicita su consentimiento para que la Iniciativa para Jóvenes del Departamento de Recursos Humanos de Georgia (DHR) tome y utilice fotografías de su hijo/hija y del personal del Programa Post-Escolar. Al relatar a otros la historia del programa post-escolar estatal de la Iniciativa para Jóvenes del DHR, resultaría útil mostrar fotografías de los participantes. Las imágenes pueden facilitar el conocimiento que tienen las personas sobre los participantes del programa y las actividades y servicios que se llevan a cabo. Si usted tiene dos o más hijos(as), será necesario llenar un formulario por cada hijo(a) que participe en el programa post-escolar financiado por el DHR.

Si usted está de acuerdo en que tomemos y utilicemos estas fotografías, podremos utilizarlas para algunas de las siguientes actividades, entre otras: publicaciones acerca del programa; actividades de reclutamiento para integrar a otros jóvenes que podrían participar a futuro; elaboración de reportes sobre el programa para los patrocinadores y otras personas interesadas en el resultado del programa.

Si usted tiene alguna duda, por favor póngase en contacto con Malaika Moses, Directora del Programa Post-Escolar del DHR, al teléfono 404-657-4718 o con Carmen Callaway, Administradora del Programa Post-Escolar del DHR al teléfono 404-657-1595.

Departamento de Recursos Humanos de Georgia
Oficina del Comisionado

Acuerdo para el Uso de Fotografías/Videos

Condado de _____, Georgia

Nombre de la Escuela/Organización: _____

1. Yo, el abajo firmante, otorgo mi consentimiento y estoy de acuerdo en que el Departamento de Recursos Humanos de Georgia tome fotografías, imágenes en video o presentaciones en televisión, ya sea en vivo o grabadas, de mi persona y/o de mi(s) hijo(s).

2. Este exención le otorga al Departamento de Recursos Humanos de Georgia el derecho de utilizar el material visual anteriormente descrito en relación con las actividades de enseñanza, instrucción, entrenamiento, información y educación de los empleados del Departamento o del público en general.

3. Adicionalmente, por este medio libero al Departamento de Recursos Humanos de Georgia y renuncio permanentemente a cualquier reclamación de todo tipo contra dicho departamento siempre y cuando el material se utilice según lo establecido en el párrafo 2 anterior.

4. Otorgo este consentimiento como (padre-tutor) una contribución voluntaria en con el fin de que se utilice para los motivos enlistados en el párrafo 2.

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Descripción de las Fotografías: Participación en las actividades del programa post-escolar/de verano financiado por el DHR.

Niños que Participan en el Programa:

Nombre _____

Edad _____

Firma _____ Fecha _____

Fotógrafo, productor o testigo: _____

**INICIATIVA PARA JOVENES DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS
HUMANOS DE GEORGIA
PROGRAMA POST-ESCOLAR**

Formulario de Información Médica del Participante – Página 1

(Este documento debe guardarse en las instalaciones para cada participante)

INFORMACION DEL ESTUDIANTE			
Nombre Legal del Niño (Apellido, Nombre):	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa):	Edad:	Género (<i>marque uno</i>): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección:		Número de Teléfono de Casa:	
Apartado Postal/# de Apartamento:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
INFORMACION SOBRE EL SEGURO			
¿Cuenta el niño con un seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre de la compañía aseguradora (en caso de que aplique):	
INFORMACION MEDICA			
¿Tiene el niño alguna alergia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", por favor proporcione mayor información:			
¿Tiene el niño algún otro padecimiento médico (discapacidad, infección, virus, enfermedad, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", por favor proporcione mayor información:			
¿Está tomando actualmente el niño algún medicamento (disponible con o sin prescripción)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", por favor proporcione mayor información:			
EN CASO DE EMERGENCIA			
Nombre del Contacto:	Relación con el joven:	Número de Teléfono de Casa:	Número de Teléfono del Trabajo:
Nombre del Contacto Alternativo:	Relación con el joven:	Número de Teléfono de Casa:	Número de Teléfono del Trabajo:

POR FAVOR FIRME LA PAGINA 2 PARA VERIFICAR LA INFORMACION PROVISTA

Verificación de la Información Médica – Página 2

Al firmar este documento, certifico que la información anterior es correcta en mi opinión. Autorizo a que Boys & Girls Clubs of Metro Atlanta se ponga en contacto conmigo en caso de que mi hijo(a) resulte lesionado(a). También autorizo a que Boys & Girls Clubs of Metro Atlanta obtenga atención médica para mi hijo(a) en caso de que él(ella) resulte lesionado(a) y requiera de atención médica inmediata en un hospital local o en un centro para el tratamiento de emergencias. Certifico que yo y/o mi compañía aseguradora nos haremos responsables de cualquier gasto o costo que se relacione con la atención médica y el tratamiento que reciba mi hijo(a). En consideración de la oportunidad que brindan a mi hijo(a) de participar en el Programa Post-Escolar, por este medio exonero, indemnizo y libero al Departamento de Recursos Humanos y a Boys & Girls of Metro Atlanta de cualquier responsabilidad, reclamación o demanda que resulte de la obtención de la asistencia y atención médica que pudiera ser necesaria y que sea provista como resultado de alguna lesión o un incidente que sufra mi hijo(a).

Nombre Legal del Padre o Tutor (con letra de imprenta)

Firma del Padre

Fecha

FORMULARIO DE PERMISO PARA VIAJAR

Al firmar abajo, el padre/los padres del joven están de acuerdo en que ni los Boys & Girls Clubs of Metro Atlanta, ni el Departamento de Recursos Humanos ni cualquiera de sus representantes serán responsables de cualquier accidente o adversidad que llegase a ocurrir durante el transporte desde/hacia cualquier excursión de los Boys & Girls Clubs durante el Programa Post-Escolar 2010-2011.

Los Boys & Girls Clubs of Metro Atlanta deben recibir este permiso firmado por el padre/los padres antes de permitir que el joven viaje con el Club a cualquier paseo o excursión durante el Programa Post-Escolar 2010-2011.

Este formulario únicamente es para permitir que el joven viaje con los Boys & Girls Clubs of Metro Atlanta. Es necesario que el padre/los padres del joven firmen el formulario de inscripción de cada visita guiada antes de que el joven pueda asistir a dicha visita guiada o excursión. Los jóvenes únicamente podrán asistir a las visitas guiadas que correspondan a su grupo de edad. Algunas visitas guiadas tienen cupo limitado; las inscripciones se realizarán por orden de llegada.

Nombre del Niño _____

Nombre del Padre/Tutor _____

Dirección _____

Fecha de Nacimiento _____

de Emergencia _____

Otorgo mi permiso para que mi hijo(a) viaje con los Boys & Girls Clubs of Metro Atlanta a cualquier visita guiada o excursión a la cual yo decida inscribirlo/inscribirla durante el Programa Post-Escolar 2010-2011.

Firma del Padre

Fecha