

# LOCO BLOCO-Otoño 2009

## FORMA DE REGISTRACIÓN PARA JÓVENES

Todas las clases de Loco Bloco son gratis para jóvenes de 18 años de edad o menor. Si usted está interesado en soportando el programa de artes para la comunidad, una donación de \$50 sería muy agradecido.

Nombre de la clase \_\_\_\_\_ Fecha de Aplicación: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ -

Nombre entero: \_\_\_\_\_ Sexo (Marca uno): Masculino - Femenino

Dirección: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_ Maestro(a) / Consejero: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_ Home Phone: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Telefono Celular: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### LENGUAJE (marca a los apropiados): Habla Ingles? (Marca uno):

- Ingles
  - Español
  - Samoano
  - Otro: \_\_\_\_\_
- Bueno Un poco No se habla

### ETNICIDAD (Marca a los apropiados):

- Africano Americano
  - Islas Pacificos
  - Asiatico Specifica: \_\_\_\_\_
  - Latino/a Specifica: \_\_\_\_\_
  - Caucasian
  - Americano Indigena
  - Otro: \_\_\_\_\_
- Specifica: \_\_\_\_\_

### CON QUIEN VIVE EL PARTICIPANTE? (Marca a los apropiados):

- Con Madre y Padre
- Con Padre solo
- Guardian
- Con Madre solo
- Con Abuelos
- Otro: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_ Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_

Telefono ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefono ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telefono Celular ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telephone Celular ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### CONTACTO(S) DE EMERGENCIA

Nombre de Contacto: \_\_\_\_\_ Nombre de Contacto: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Telefono de Emergencia: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefono de Emergencia: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### En caso de emergencia medica, el atendiente medico debería saber lo siguiente:

Allergias: \_\_\_\_\_ Enfermedades ó lastimas conocidas: \_\_\_\_\_

Medicación (nombre, cantidad y frecuencia) \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Información de contacto: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Seguro Medico: Sí - NO - NO SÉ (Si sí, porfavor marca la compañía de seguro y el numero del proveedor)

- Empleador
  - Healthy Families / Healthy Kids
  - Medi-Cal
  - Otro: \_\_\_\_\_
- Proveedor # \_\_\_\_\_

\*\*\*BOTH SIDES OF THE FORM MUST BE COMPLETELY FILLED TO BE ELIGIBLE FOR MEMBERSHIP\*\*\*

Marca el numero de personas en la casa (incluyendo hermanos y hermanas) en la primera linea y marca la información del ingreso total para la casa entera en la columna debajo:

Numero en La Casa	1 Personas	2 Personas	3 Personas	4 Personas	5 Personas	6 Personas	7 Personas	8+ Personas
<b>Ingreso Total</b>	1 Menos \$23,750	5 Menos \$27,150	9 Menos \$30,550	13 Menos \$33,950	17 Menos \$36,650	21 Menos \$39,350	25 Menos \$42,050	29 Menos \$44,800
	2 \$23,751 – 39,600	6 \$27,151 – 45,250	10 \$30,551 – 50,900	14 \$33,951 – 56,550	18 \$36,651 – 61,050	22 \$39,351 – 65,600	26 \$42,051 – 70,100	30 \$44,801 – 74,650
	3 \$39,601 – 63,350	7 \$45,251 – 72,400	11 \$50,901 – 81,450	15 \$56,551 – 90,500	19 \$61,051 – 97,700	23 \$65,601 – 104,950	27 \$70,101 – 112,200	31 \$74,651 – 119,450
	4 Más que \$63,351	8 Más que \$72,401	12 Más que \$81,451	16 Más que \$90,501	20 Más que \$97,701	24 Más que \$104,951	28 Más que \$112,201	32 Más que \$119,451

**POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE**

**Firmando este documento, entiendo que mi niño sera automaticamente registrado en todos los lugares de operación de Loco Bloco, Mission Beacon Center, Columbia Park Boys & Girls Club, Bay View Beacons & GASA (Girls After School Academy).**

**SÍ NO** Le doy permiso para que mi niño puede ser retratado, filmado y/ó entrevistado para uso del conjunto Musical y Artístico de Loco Bloco

**SÍ NO** Mi niño tiene permiso para montarse en las camionetas de la Colaborativa Mission Van Collaborative. I release the Mission Van Collaborative miembros agencias y el Jamestown Community Center de todas las responsabilidades de cualquier accidente o lastima relacionado a mi niño montandose en el vehiculo. En caso de una emergencia, yo le doy permiso a los trabajadores y voluntarios del Mission Van Collaborative para llevar mi niño al hospital más cercano. Si no me pueden llamar en caso de emergencia, por favor llama a uno de los contactos lease contact the emergency contacts listed above.

**SÍ NO** Doy permiso para que mi hijo / hija participa habitualmente en las actividades programadas que se producen fuera de sitio. Yo entiendo que el personal que supervisará todas las actividades. Para cualquier acontecimientos especiales o viajes de campo, usted recibirá un permiso.

**SÍ NO** Yo doy mi consentimiento para ser contactados sobre el seguro de salud y otros servicios de salud para mi hijo.

**ESCOJE UNA** Mi niño \_\_\_Buen nadador \_\_\_Necesita supervision durante natación \_\_\_Nunca ha nadado antes

Yo doy mi consentimiento para que mi hijo tratado por un médico o cirujano en caso de enfermedad repentina o lesión durante su participación en un programa Loco Bloco. **Se entiende que los gastos serán a mi cargo. Para proteger la seguridad del personal y de nuestros miembros y reducir la responsabilidad, Loco Bloco personal no dispensa o almacenar los medicamentos de ningún tipo para nuestros miembros.**

Yo doy mi permiso a mi hijo para convertirse en un miembro del Loco Bloco Tambor y Danza Ensemble. Yo doy mi permiso a mi hijo a ser un miembro del Loco Bloco Tambor y Danza Ensemble.

La asistencia está condicionada a los miembros siguientes expectativas y exhibir un comportamiento positivo. Loco Bloco se reserva el derecho de suspender o cancelar la asistencia y / o afiliación en cualquier momento, si las directrices no se siguen.

**Firma del Padre o Tutor**

**Fecha**

Les prometo que voy a cuidar toda la propiedad de Loco Bloco y volver cualquier vestuario o equipos prestado a mí. Estoy de acuerdo en asistir todas las prácticas y ensayos. Con fines de seguridad, si voy a llegar tarde o no voy a llamar e informar al coordinador de ese sitio.

**Firma del miembro**