

El Lugar Seguro Para Crecer

APLICACION DE MEMBRECIA

COSTO ANUAL \$20.00

ADMINISTRACION

Administracion form with fields: Club No., Exp. Date (12/31/20), Receipt No., Staff Int. (New / Renew), OJP Outreach (checkbox), and CDBG FUNDED (YES/NO checkboxes).



BOYS & GIRLS CLUBS OF LA HABRA

NOMBRE: _____ DE HOGAR: () _____
NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO

DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ZONO POSTAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ ESCUELA: _____ GRADO: _____ SEX (M/F) _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ LUGAR DE TRABAJO DE MADRE: _____ TELEFONO: () _____

CELULAR/PAGER DE MADRE: () _____ Madre E-MAIL ADDRESS _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ LUGAR DE TRABAJO DE PADRE: _____ TELEFONO: () _____

CELULAR/PAGER DE PADRE: () _____ FATHER'S E-MAIL ADDRESS: _____

NOMBRE DE EMERGENCIA: _____ RELACION AL NINO: _____ TELEFONO DE EMERGENCIA: () _____

SU HIJO/HIJA TIENE PROBLEMAS DE SALUD O UNA INHABILIDAD: SI NO SI, EXPLIQUE: _____

NECESITAMOS EL SIGUIENTE DOCUMENTACION:

- PRUEBA DE INGRESOS (i.e. talon de cheque, AFDC exposicion)
PRUEBA DE RESIDENCIA (i.e. factura de utilidad, California identificacion o licencia)

Yo doy permiso para que mi hijo / hija sea miembro del La Habra Boys & Girls Club, y permiso para participar en las actividades atleticas, culturales y sociales que tenga el club. Yo comprendo que la membrecia de mi hijo / hija depende de su habilidad de obedecer las reglas del club, y sus oficiales. La membrecia puede ser suspendida a cualquier tiempo por mala conducta. El club tiene mi permiso de usar fotografias de mi hijo/hija y de buscar ayuda medica en caso de emergencia. Yo tengo la responsabilidad de que toda la informacion de la membrecia se mantenga al corriente.

Boys & Girls Clubs of La Habra tiene la poliza de "puerta abierta". Si usted quiere que su hijo / hija permanezca dentro del club, usted tiene que decirselo porque no somos responsables por ellos si estan fuera de nuestras facilidades.

Nombre de Padre (Print)

Firma de Padre

Fecha

City of La Habra– FY 20__
Forma de Auto-Certificacion Para Servicio Publico

Nombre: _____ Direccion: _____

1.) Cabeza del Hogar: ____ Hombre ____ Mujer

2.) Cantidad de Personas en el Hogar: _____

3.) Por favor marque la cantidad de personas en su hogar y los ingresos anuales en total:

Household size	Extremely Low-Income	Very Low-Income	Low-Income	Above Moderate-Income
1	\$19,550 o menos	\$19,551 to \$32,550	\$32,551 to 52,100	mas de \$52,101
2	\$22,300 o menos	\$22,301 to 37,200	\$37,201 to 59,500	mas de \$59,501
3	\$25,100 o menos	\$25,101 to 41,850	\$41,851 to \$66,950	mas de \$66,951
4	\$27,900 o menos	\$27,901 to 46,500	\$46,501 to \$74,400	mas de \$74,401
5	\$30,150 o menos	\$30,151 to \$50,200	\$50,201 to \$80,350	mas de \$80,351
6	\$32,350 o menos	\$32,351 to \$53,950	\$53,951 to \$86,300	mas de \$86,301
7	\$34,600 o menos	\$34,601 to \$57,650	\$57,651 to \$92,250	mas de \$92,251
8	\$36,850 o menos	\$36,851 to \$61,400	\$61,401 to \$98,200	mas de \$98,201

4.) Raza:

____ Negro/ Africano Americano ____ Blanco ____ Indio Americano/ Indigena de Alaskan

____ Indigena Oriente ____ Indigena de Hawaii/Otro Pacifico Islandero

____ Indigena Oriente y Blanco ____ Indio Americano o Indigena de Alaska y Blanco

____ Indio Americano o Indigena de Alaska y Negro o Africano Americano y Blanco

____ Negro o Africano y Blanco ____ Otro

4a.) Grupo Ethnico: Hispanic or Latino _____ No Hispanic o Latino _____

Yo certifico que la informacion en esta forma es verdadera y exacta, y la documentacion apoyando estos datos.

Firma del Aspirante

Fecha

Aprobacion de la Agencia

Fecha