

## Inscripción confidencial del Boys & Girls Club del condado de St. Joseph

Club (Marque Uno)     Harrison     Wilson     Perley     Sample     Navarre

Fecha Actual: \_\_\_\_\_ Programa:     Año Escolar     Verano

### Información de Jefe/a de Hogar (Padre/Guardián)

Nombre:	Apellido:	Genero:
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer

**\*\*\*ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL & NO SERA COMPARTIDA CON NINGUNA ORGANIZACION\*\*\***

2	3	4	5	6
\$13, 800	\$15,500	\$17,220	\$18,600	\$20,000
\$22, 950	\$25,850	\$28,700	\$31,000	\$33,300
\$36, 750	\$41,350	\$45,900	\$49,600	\$53,250
\$45, 960	\$51,700	\$57,400	\$62,030	\$66,600

Por favor marque el ingreso familiar en la tabla que se encuentra a la derecha. (e.g.– si tiene una familia de 3, (un niño y dos padres), y su familia gana \$28,500 al año entonces marque donde dice \$41,350 bajo 3 porque el tamaño de familia es 3, y tu familia gana menos de \$41,350 y más de \$25, 850. Por favor pida ayuda si la necesita

Nombre de miembro

Dirección:	Tipo de dirección:
	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo
Ciudad:                      Estado:                      Código Postal:	
Número(s) de teléfono(s):	Tipo de teléfono:
(        )	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
(        )	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
Tamaño de Familia:                      Empleador:	

### Otro Padre/Guardián

Nombre:	Apellido:	Genero:
		<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Dirección: <input type="checkbox"/> marque si es igual a jefe de hogar	Tipo de dirección:	
	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	
Ciudad:                      Estado:                      Código postal:		
Número(s) de teléfono(s) <input type="checkbox"/> marque si es igual a jefe de hogar	Tipo de teléfono:	
(        )	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	
(        )	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	
Empleador:		

## Inscripción confidencial del Boys & Girls Club del condado de St. Joseph

<b>Información del Miembro</b>			
Nombre:	Apellido:	Genero:	
		<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	
Tamaño: <input type="checkbox"/> Niño/a <input type="checkbox"/> Adulto: S M L XL	Edad:		
Fecha de nacimiento:	Numero de seguro social:		
Etnicidad:	Escuela:	Grado:	Profesor(a)
<b>Tipo de hogar</b>		<b>Organización referida</b>	
<input type="checkbox"/> Ambos Padres	<input type="checkbox"/> Casa Foster	<input type="checkbox"/> Escuela	
<input type="checkbox"/> Madre jefe de hogar	<input type="checkbox"/> Abuelo(s)	<input type="checkbox"/> Center for Homeless	
<input type="checkbox"/> Padre jefe de hogar	<input type="checkbox"/> Tía/Tío	<input type="checkbox"/> Home Mission	
<input type="checkbox"/> Sin Techo		<input type="checkbox"/> YWCA	
		<input type="checkbox"/> Otro	
<b>Programas de asistencia</b>	Dirección: <input type="checkbox"/> marque si es igual a jefe de hogar	Tipo de dirección	
<input type="checkbox"/> TANF		<input type="checkbox"/> Casa	
<input type="checkbox"/> Cupones de alimentos		<input type="checkbox"/> Sin Techo	
<input type="checkbox"/> Asistencia General	Ciudad:      Estado:      Código Postal:		
<input type="checkbox"/> SSDI	Números) de teléfono(s): <input type="checkbox"/> marque si es igual	Tipo de telefono:	
<input type="checkbox"/> SSI	(      )	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular	
<input type="checkbox"/> Comp. de veteranos	(      )	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular	
<input type="checkbox"/> Ayuda para daycare	<b>Información medica del miembro</b>		
<input type="checkbox"/> Comida gratis	Medicamentos:      Problemas medicas/Alergias		
<input type="checkbox"/> Medicaid			
<input type="checkbox"/> Puede Nadar			
<b>Incapacidades</b>	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Sordo <input type="checkbox"/> Educación Especial <input type="checkbox"/> Silla de ruedas/Incapacidad Física		
<input type="checkbox"/> Otro _____			
<b>Autorizados de recoger al miembro (Dos personas autorizados para recoger al miembro)</b>			
1.) Nombre:	Apellido:	1.) Nombre:	Apellido:
_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Conocido	<input type="checkbox"/> Contacto de emergencia	<input type="checkbox"/> Conocido	<input type="checkbox"/> Contacto de emergencia
<input type="checkbox"/> Tia/Tio	<input type="checkbox"/> Contacto de emergencia principal	<input type="checkbox"/> Tia/Tio	<input type="checkbox"/> Contacto de emergencia principal
<input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Vive con miembro	<input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Vive con miembro
<input type="checkbox"/> Guardian		<input type="checkbox"/> Guardian	
<input type="checkbox"/> Padre		<input type="checkbox"/> Padre	
Telefono: (_____) _____		Telefono: (_____) _____	
Dirección: _____		Dirección: _____	
_____		_____	