



HAWTHORNE COMMUNITY CENTER INFORMACION ESTADISTICA

PAROGRAM CODE: _____

TRACKING NO. _____

Aplicación Fecha: _____ **DE MIEMBRO YRS:** _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____		
Apellido	Primer	Inicial
DIRECCIÓN: _____		CÓDIGO POSTAL: _____
TELÉFONO DE CASA: _____	TELÉFONO CELULAR: _____	
CORREO ELECTRÓNICO: _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____	SEXO: _____
RAZA: <input type="checkbox"/> Caucasicola <input type="checkbox"/> Afro Americano/a <input type="checkbox"/> Asiatico/a <input type="checkbox"/> Birracial <input type="checkbox"/> Indio/a Americano/a Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Otra		
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano/a <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> No Hispanic/No Latino		
RESIDIR CON AMBA PADRES: SI O NO PADRES SOLTEROS/SOLTERAS: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Masculina <input type="checkbox"/> Abuelo/la <input type="checkbox"/> Otra		
DISCAPACIDAD: _____		
CONTACTO DE EMERGENCIA: _____		TELÉFONO: _____

FAMILIA MIEMBRO

APELLIDO	NOMBRE	MI	REL	EDAD	De Nacimiento MO DA YR	SEXO	Graduo De la universidad

Numero De Personas Que Viven En La Casa _____

▲ RELATIONSHIP

1. Spouse
2. Child
3. Other Relation
4. Not Related
5. Parent
6. Grandchild
7. Grandparent

Ganancias Mes Familia <i>FUENTE</i>	Ganancias <i>Cantidad</i>
Wages	
TANF	
SSI Disability	
Social Security	
Pension	
Unemp. Comp.	
Food Stamps	
Child Support	
Total Monthly Income	

DIVULGACION DE INFORMACION PRIVADA

SERVICIOS SERAN PROVISTOS SIN DISCRIMINACION DE RAZA, EDAD, RELIGION, SEXO, IMPEDIMENTO, NACIONALIDAD DE ORIGEN O ANCESTRO.

ESTA AGENCIA ESTA REQUIRIENDO INFORMACION NECESARIA PARA COMPLETAR LOS REQUISITOS FUNDAMENTALES DEL PROGRAMA. ENTIENDO QUE LA INFORMACION DE ESTA FORMA, SERA CONFIDENCIAL PERO PUEDE SER COMPARTIDA CON OTRAS AGENCIAS DE LA CUAL PODRE SER REFERIDO PARA SERVICIOS. ENTIENDO QUE PODRA SER REQUERIDO VERIFICAR LO ANTES DICHO, Y DAR MI CONCENTIMIENTO A LA AGENCIA DE HACER CUALQUIER TIPO DE CONTACTO PARA LA VERIFICACION DE LO ANTES MENCIONADO. SE EXCLUYE INFORMACION RELACIONADO A ANTECEDENTES ETICO/RACIAL, SEXO, ESTADO CIVIL, O IMPEDIMENTO. ESTO SERA VOLUNTARIAMENTE. INFORMACION ESTADISTICA SERA PROVIDTA A LOS FUNDADORES DEL PROGRAMA CON EL PROPOSITO DE PLANIFICAR Y OFRECER MEJORES SERVICIOS A LA COMUNIDAD. ENTIENDO QUE DE REUSAME A NO OFECER ESTA INFORMACION, NO ME IMPIDE A RECIBIR CUALQUIER SERVICIO POR EL CUAL SOY ELEGIBLE Y TENER DERECHO A CORREGIR O ELIMINAR CUALQUIER PARTE DE ESTE EN CUALQUIER MOMENTO. CERTIFICO QUE LA INFORMACION AMRIBA MENCIONADA ESTA CORRECTA Y CIERTA A MI MEJOR JUICIO. COMPRENDO MIS DERECHOS Y OBLIGACIONES Y HE RECIBIDO COPIA DE ELLO.

Total de su hogar por ano \$ _____

Firma del cliente

Firma del personal

RENUNCIA, DESCARGO De OBLIGACIONES, Y CONSENTIMIENTO A ATENCION MEDICA

Como cambia por permitirseer participar/recibir servicios de/ser elegible para cualquier programa proporcionado por Hawthorn comuñita Centré a por una agencia en colaboración, yo y si no soy mayor De 18 arios, mis padres a mi guardián legal (individual y colectivamente se refiere a ellos en la primera persona singular) convengo estar obligado a lo siguiente:

1. La obligación de inspeccionar las instalaciones y el equipo. Convengo en que antes de participar en una actividad o de recibir servicios inspeccionare las facilidades y el equipo que se van a usar; le informare inmediatamente a Hawthorn Community Center sobre la existencia de las condiciones inseguras y rehusare participar o aceptar los servicios.
2. La identificación de los riesgos. Entiendo que el hecho de recibir servicios para un participante envuelve riesgo de lesión serias, de poder recibir lesión que pueden resultar en incapacidad permanente y muerte y en otras pérdidas tanto personales como de propiedad. Entiendo que esta lesión y pérdidas pueden resultar de las reglas de la actividad o servicio o de las condiciones de las instalaciones o de cualquier equipo que se haya usado.
3. La Asunción de riesgo. Yo asumo todos los riesgos conocidos y desconocidos, conectados en forma alguna con mi participación recepción de servicios en Hawthorn community Center.
4. Renuncia, relevo de responsabilidades. Yo renuncio, relevo y considero inofensiva a Hawthorne Community Center of Indianapolis, Inc. (Una agencia afiliada) y a cada una de las organizaciones, división, funcionarios, sucesores y asignados de todos los reclamos por lesión, perjuicio o daño, conectados de cualquier manera con mi participación/recepcion de servicios en Hawthorne, causados o no totalmente o en parte por la negligencia o mala conducta de cualquiera de las organizaciones o individuos mencionados anteriormente. Intento que esta renuncia y relevo aplicó también a cualquiera de mis parientes, representantes personales, herederos, parientes mas cercanos, o asignados que puedan seguir cualquier acción legal o demanda por tal lesión y perjuicio, pérdida o daño.
5. Consentimiento para tratamiento medico. Convengo en que Hawthorn me proporcione, por medio del personal que escoja, asistencia de entrenamiento medica acostumbrada, transporte y servicio medico de urgencia. Este consentimiento no le impone a Hawthorn el deber de proporcionar la asistencia, el transporte o los servicios dichos.

He LEIDO ESTA RENUNCIA, DESCARGO, Y CONSENTIMIENTO, ENTIENDO QUE he DEJADO DE Lo a DERECHOS SUBSTANCIALES Por FIRMA, FIRMO ESTA RENUNCIA, DESCARGO, Y CONSENTIMIENTO VOLUNTARIAMENTE, ESTABA PRODUJO LA OPORTUNIDAD TIENE ESTE DOCUMENTO me LEYO.

NINO / PARTICIPANTE FIRM del NOMBRE IMPRESA

FECHA

Si la persona participa/recepción repara de Hawthorne no es todavía 18 años Viejo, un padre o tutor debe firmar abajo (además de la firma del niño sobre): Como padre o tutor del sobre nombre a niño, verifico que totalmente está de acuerdo a entiende, y acepta todo provisiones de esta Renuncia, Descargo, y Consentimiento.

NOMBRE DEL NIÑO

FIRMA DEL PADRE / TUTOR

FECHA

CONVENIO

Comprendo y cumpliré las condiciones siguientes:

1. Cumpliré con todas las políticas en operación de Hawthorne Center y con todas las políticas del programa o las políticas de entrega de servicios adecuadas para el programa o el servicio en el que estoy participando y/o un servicio recipiente de dicha actividad / servicio.
2. La falla de cumplir con las políticas y/o con las regulaciones puede resultar ñeque se me nieguen servicios, participación y que se me pida abandonar las instalaciones.
3. Todo los programas y/o servicios se proporcionan sin considerar el sexo, la raza, la religión, el origen nacional, los antecesores, las limitaciones físicas o la preferencia sexual.
4. Me han dado las políticas que se relacionan con programas específicos y/o servicios, como es adecuado, y sé que las regulaciones generales están anunciadas.
5. Entiendo que me pueden sacar foto para publicidad, por la tanto doy permiso para el uso de la foto.
6. Entiendo que con supervisión del personal del Centro, se me permite participar en cualquier equipo, transportarme a la agencia y de la agencia en viajes de excursión, y participar en las actividades auspiciadas por el Centro fuera de las instalaciones.
7. Entiendo que no puedo participar sin haber pagado mi membresía y / o cuotas del programa y no se otorgan reembolsos a menos que se cancele el programa.
8. Entiendo que como participante, Hawthorne me puede transportar y Hawthorne no asume ninguna responsabilidad como pasajero.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FECHA

NOMBRE IMPRESO DE PADRE O
FIRMA GUARDIANA

FECHA