



YMCA DEL CONDADO DE SNOHOMISH

SOLICITUD DE MEMBRESÍA

Favor seleccionar el tipo de membresía:

- | | | | |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Miembro del Programa (Individual) | <input type="checkbox"/> Adulto (30-64) | <input type="checkbox"/> AOA/Mayor (65+) | <input type="checkbox"/> Optum Fitness Advantage |
| <input type="checkbox"/> Miembro del Programa (Familiar) | <input type="checkbox"/> Pareja Adulta | <input type="checkbox"/> SilverSneakers® | <input type="checkbox"/> Para Todos |
| <input type="checkbox"/> Joven (0-18) | <input type="checkbox"/> Familia* - 1 Adulto | <input type="checkbox"/> Silver&Fit® | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Adulto Joven (19-29) | <input type="checkbox"/> Familia* - 2 Adultos | <input type="checkbox"/> At Your Best | <input type="checkbox"/> Personal YMCA FT <input type="checkbox"/> Personal YMCA PT |

* Se define familia como uno o dos adultos y sus dependientes que son menores de 19 años de edad o estudiantes de tiempo completo (con identificación válida), o una persona que el miembro reclama en su deducción de impuestos. Todos los miembros de la familia deben residir en la misma dirección.

Everett Marysville Mill Creek Monroe Mukilteo Stanwood-Camano **NÚMERO DE MEMBRESÍA:** _____

MIEMBRO PRINCIPAL						
N O M B R E	Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido	
	Fecha de Nacimiento / /		Origen Étnico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano o Nativo de las Islas del Pacifico			Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	Número de Celular ()					
C A S A	Dirección - Calle					Apto/Unidad #
	Ciudad	Estado	Zip	Teléfono ()	E-mail en casa	
E M P L E O	Nombre del Empleador			Posición/Ocupación		
	Dirección-Calle					Suite #
	Ciudad	Estado	C.Postal	Teléfono Trabajo ()	E-mail trabajo	
2do MIEMBRO ADULTO o Padre/Madre/Guardián para solicitudes de aquellos menores de 18 años						
N O M B R E	Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido	
	Fecha de Nacimiento / /		Origen Étnico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano o Nativo de las Islas del Pacifico			Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	Número de Celular ()					
E M P L E O	Nombre del Empleador			Posición/Ocupación		
	Dirección-Calle					Suite #
	Ciudad	Estado	C.Postal	Teléfono Trabajo ()	E-mail trabajo	
DEPENDIENTES						
Primer Nombre	SN	Apellido	Fecha de Nac. / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Origen Étnico <input type="checkbox"/> Indio Am./Nativo Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano o Nativo de Islas del Pacifico	
			/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Indio Am./Nativo Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano o Nativo de Islas del Pacifico	
			/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Indio Am./Nativo Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano o Nativo de Islas del Pacifico	
			/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Indio Am./Nativo Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano o Nativo de Islas del Pacifico	
CONTACTO DE EMERGENCIA (Requerido) (Que no viva en su casa)			Nombre		Teléfono ()	

Favor completar el otro lado →

CONDICIONES PARA LA MEMBRESIA

Ayuda Financiera del YMCA: YMCA del Condado Snohomish da la bienvenida a personas de todas las clases sociales. YMCA del Condado Snohomish hace todo lo posible para garantizar que a ninguna persona, especialmente la gente joven, se les niegue acceso a los programas debido a dificultades financieras.

Salud de los Miembros: El o los solicitantes declara que él/ella está en buena condición física y entiende que la participación en ejercicios de grupo y otros ejercicios, entrenamiento con pesas, deportes recreativos y el uso de piscinas, spas, saunas, baños de vapor y aparatos de gimnasia tienen un riesgo potencial de lesiones o enfermedades. Además, el o los solicitantes entienden que YMCA del Condado Snohomish no asume ninguna responsabilidad por cualquier lesión o enfermedad.

Conducta de los Miembros y el Derecho al Uso de las Instalaciones: El o los solicitantes se comprometen a cumplir todas las políticas y procedimientos de YMCA del Condado Snohomish y sus sucursales; y entiende que el no actuar de acuerdo con estas normas puede resultar en la expulsión del YMCA y la revocación de la membresía. **Delincuentes Sexuales Registrados (Niveles 2 o 3) no podrán aplicar para ser miembros de YMCA.**

Pérdida de la Propiedad: El o los solicitantes entienden que YMCA no es responsable de los bienes personales perdidos, dañados o robados durante el uso de las instalaciones de YMCA, incluyendo los estacionamientos o los programas participantes de YMCA.

Permiso de Fotografía: El o los solicitantes dan permiso para que YMCA use sin limitación u obligación fotografías, filmaciones o grabaciones de cinta que pueden incluir la imagen del solicitante o su voz para propósitos de promover o interpretar los programas de YMCA.

Seguros: El o los solicitantes entienden que YMCA no proporciona ningún seguro de accidente o salud para sus miembros o participantes, y entiende además que es la responsabilidad del o los solicitantes de proveer dicha cobertura.

Tratamiento Médico: El o los solicitantes dan permiso al personal de YMCA o voluntarios de proporcionar tratamiento médico de emergencia y transportar a un centro de emergencia para dar tratamiento. Además, el o los solicitantes dan su consentimiento a recibir tratamiento médico inmediato si es considerado necesario por un médico.

Liberación de Responsabilidad/Participación: Soy un adulto de 18 años o más y deseo participar en las actividades YMCA. Además, si aplica, doy permiso para que mis dependientes participen en actividades YMCA. Entiendo que a veces los accidentes pueden suceder. Por lo tanto, a cambio de que YMCA me permita, y si aplica, permita a mi esposo/a y mis dependientes participar en actividades YMCA, entiendo y reconozco que eximo a YMCA, sus empleados, sus directivos, miembros, voluntarios sea dentro o fuera de las instalaciones de YMCA. Entiendo que esta liberación incluye cualquier reclamo basado en la negligencia, acción u omisión de YMCA, sus empleados, directivos, miembros, voluntarios o visitantes.

¿Es el solicitante un Delincuente Sexual Registrado (Nivel 2 o 3)? No Si Nombre _____

Firma de Todos los Miembros mayores de 18 Años de Edad o Firma de Padre/Guardián para menores de 18

Firma	Fecha	Firma	Fecha
Firma	Fecha	Firma	Fecha

¿Cómo escuchó sobre el YMCA? _____

Campaña anual de donación (deducible de impuestos si permitido legalmente—consulte a su asesor de impuestos)

Deseo ayudar financieramente a jóvenes en problemas financieros y sus familias que participen en programas de YMCA. Autorizo a YMCA agregar la siguiente cantidad a mi retiro mensual para apoyar la Campaña Anual de YMCA:

\$25 \$15 \$10 \$5 Otro _____

Firma: _____

Voluntarios – YMCA está buscando voluntarios en todas las áreas del programa. Si usted tiene algún talento que le gustaría compartir, o si desea hacer una diferencia en la vida de un niño, favor de marcar en el recuadro de abajo que sí, y un miembro del personal se comunicará con usted. Si, deseo ser voluntario.

FOR OFFICE USE ONLY (Para uso de oficina únicamente)

- New Member Packet (Paquete para Miembro Nuevo)
- Photo ID Check (ID con foto verificada)
- Guest Passes (Pases para invitados)
- Bank Draft Authorization Form (Formulario de autorización bancaria)
- New Member Orientation (Orientación a Nuevos Miembros)
- Wellness Orientation (Orientación de Bienestar)
- Membership Cards (Tarjetas de membresía)
- Registered Sex Offender Check (Verificación de delincuencia sexual)

Date Entered (Fecha de Ingreso): _____

Staff Name (Nombre del Personal): _____

Program Membership Fee (Cuota del Programa de Membresía): _____

Prorate (Prorrato): _____

Total Paid (Pago total): _____

Adjunte la autorización de retiro bancario