



YMCA DEL CONDADO DE SNOHOMISH

SOLICITUD DE MEMBRESÍA

Por favor seleccione el tipo de membresía:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Juvenil (0-18) | <input type="checkbox"/> Familia* - 2 Adulto | <input type="checkbox"/> Renovación Activa (United Healthcare) | <input type="checkbox"/> Acceso para Todos - Indique nivel de ingreso (Con círculo): A B C D E |
| <input type="checkbox"/> Joven adulto (19-29) | <input type="checkbox"/> AOA/Mayor de 65 años | <input type="checkbox"/> Tulalip | <input type="checkbox"/> Big Brothers Big Sisters (BBBS) |
| <input type="checkbox"/> Adulto (30-64) | <input type="checkbox"/> SilverSneakers® | <input type="checkbox"/> Personal de YMCA (Tiempo completo) | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Pareja de adultos | <input type="checkbox"/> Silver&Fit® | <input type="checkbox"/> Personal de YMCA (Medio tiempo) | |
| <input type="checkbox"/> Familia* - 1 Adulto | <input type="checkbox"/> Recíproco | | |

*Familia se define como uno o dos adultos y sus dependientes menores de 19 años, o un estudiante de tiempo completo (con identificación estudiantil válida), o una persona a quien el miembro activo reclama como deducción fiscal. 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				
NOMBRE	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Apellidos:	
	Fecha de Nacimiento: / /		Sexo/Género:	
	Número de celular:		Autorizado para enviar texto (18+ años): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Correo electrónico principal:			
CASA	Dirección física:			# Apartamento/Unidad:
	Ciudad /Estado/Código ZIP:		Número de teléfono de casa:	
TRABAJO	Nombre del Empleador:		Puesto/Ocupación:	
	Dirección física:			# Apartamento/Unidad:
	Ciudad /Estado/Código ZIP:		Teléfono trabajo:	
MIEMBRO ADULTO SECUNDARIO o Padre de Familia/Tutor Legal para Solicitantes Menores de 18 años				
NOMBRE	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Apellidos:	
	Fecha de Nacimiento: / /		Sexo/Género:	
	Número de celular:		Autorizado para enviar texto (18+ años): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
TRABAJO	Nombre del Empleador:		Puesto/Ocupación:	
	Dirección física:			# Apartamento/Unidad:
	Ciudad /Estado/Código ZIP:		Teléfono trabajo:	
DEPENDIENTES				
Primer Nombre	Inicial 2o. Nombre	Apellidos	Fecha de Nacimiento	Sexo/Género
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
CONTACTO DE EMERGENCIA (Obligatorio) Elija a alguien que no viva en el mismo hogar.		Nombre:	Teléfono: ()	

CONDICIONES DE LA MEMBRESÍA

Acceso al público en general: La YMCA del Condado de Snohomish da la bienvenida al público en general de todo nivel socioeconómico. La YMCA del Condado de Snohomish se esfuerza constantemente porque no se niegue el acceso a los programas a ninguna persona, en especial a los jóvenes, por motivos de estar atravesando problemas económicos.

Salud de los miembros: Todo solicitante declara que se encuentra con buena salud física y comprende que su participación en grupos que hacen ejercicio o cualquier tipo de ejercicio, acondicionamiento con pesas, deportes recreativos y el uso de piscinas, spas, saunas, cuartos de vapor y equipo de acondicionamiento físico, conlleva un riesgo potencial de lesiones o enfermedad. El solicitante asimismo comprende que la YMCA del Condado de Snohomish no asume responsabilidad alguna por tales lesiones o enfermedades.

Conducta de los miembros y derecho de uso de las instalaciones: Conducta de los miembros y derecho de uso de las instalaciones: El solicitante está de acuerdo en cumplir con todas las regulaciones y procedimientos de la YMCA del Condado de Snohomish y sus sucursales. Asimismo, comprende que si con su comportamiento incumple con estas reglas podría resultar en expulsión de la YMCA del Condado de Snohomish y la revocación de su membresía. La YMCA lleva a cabo revisión regular de antecedentes de agresión sexual de todos los miembros, participantes e invitados. Si aparecen antecedentes de agresión sexual en alguno de los miembros, la YMCA se reserva el derecho de cancelar la membresía, de finalizar la participación de esa persona en determinado programa y retirarle el acceso de ingreso. **Las personas con antecedentes de agresión sexual (Niveles 2 o 3) no pueden solicitar membresía en la YMCA.**

Pérdida de pertenencias: El solicitante comprende que la YMCA no se hace responsable por la pérdida, daño o robo de pertenencias personales mientras utiliza las instalaciones de la YMCA, incluyendo los estacionamientos y la participación de los programas de la YMCA.

Permiso para utilizar fotos, audios, narraciones: Por medio de su firma el solicitante otorga hoy y para siempre su autorización para que la YMCA de Estados Unidos de América, o de cualesquiera de sus asociaciones de miembros en los Estados Unidos (llamados en conjunto "la Y") así como terceros colaboradores, utilicen, sin limitaciones ni obligaciones, las fotografías, segmentos de filmación, grabaciones en cinta, o narraciones de sus experiencias que podrían incluir la imagen del candidato a miembro o su voz para fines de promover o interpretar los programas de la YMCA. Este consentimiento incluye la licencia perpetua para que la "Y" y entidades colaboradoras como terceras partes, usen los materiales indicados anteriormente para la publicación, demostración, venta o exhibición en promociones, publicidad, y usos comerciales y educativos. El uso incluye las reproducciones en cualquier formato y medios de comunicación existentes actualmente o concebidos en el futuro, las adaptaciones y/o las revisiones, a perpetuidad a través de todo el mundo.

Seguros: El solicitante comprende que la YMCA no provee ningún tipo de seguro médico o de accidentes para sus miembros o participantes y además comprende que es responsabilidad del solicitante el contar con ese tipo de protección.

Tratamiento médico: El solicitante autoriza al personal de la YMCA para proporcionarle tratamiento médico de emergencia y para transportarlo a un centro de emergencias para recibir tratamiento. Asimismo, el solicitante da su consentimiento para recibir tratamiento médico que se considere necesario de inmediato o sea aconsejado por un médico.

Liberación de Responsabilidad/Participación: Declaro ser adulto mayor de 18 años y desear participar en las actividades de la YMCA. De ser aplicable, adicionalmente otorgo mi autorización para que mis dependientes participen en las actividades de la YMCA. Comprendo que los accidentes pueden suceder en algún momento. Por lo tanto, a cambio de que la YMCA me permita a mí y de ser aplicable, a mi cónyuge y mis dependientes, participar en las actividades de YMCA, comprendo y reconozco expresamente que libero de responsabilidad a la YMCA, sus empleados, sus directivos, miembros, voluntarios o invitados de toda responsabilidad por cualesquiera lesiones, pérdidas o daños conectados de cualquier manera con la participación en las actividades de la YMCA, ya sea dentro o fuera de las instalaciones de la YMCA. Comprendo que esta liberación de responsabilidad incluye cualquier demanda por negligencia, acciones o falta de acción por parte de la YMCA, sus empleados, directivos, miembros, voluntarios o invitados. Adicionalmente, al participar en el Programa de Membresía Nacional de la YMCA, acepto liberar al Consejo Nacional de la Asociación de Jóvenes Cristianos de los Estados Unidos de América y sus asociaciones de miembros autónomos e independientes en los Estados Unidos de América y Puerto Rico, de toda demanda por lesión física o muerte por negligencia en conexión con el uso de las instalaciones de la YMCA, y de todo tipo de responsabilidad por otras demandas, incluyendo la pérdida de pertenencias, hasta el máximo alcance de la ley.

REGLAS DE FACTURACIÓN

Por la presente autorizo a la YMCA de Snohomish County para iniciar transacciones de débito en mi cuenta que aparece en sus archivos y a la entidad financiera o tarjeta de crédito registrada, para debitar de mi cuenta los pagos de cuotas de membresía en los días del mes que he indicado más adelante. En el caso de que mi banco o tarjeta de crédito, por cualquier razón, no honrara el pago especificado más adelante, estoy consciente de que yo soy el responsable de dichos pagos más los gastos para procesarlos. Comprendo que cualquier pago rechazado deberá ser cobrado por la vía electrónica y se le agregará una cuota adicional de \$30 que será debitada de mi cuenta electrónicamente. Lo anterior es adicional a cualquier cuota de servicio que mi banco pudiera cobrarme. La presente autorización permanecerá vigente hasta que la YMCA del Condado de Snohomish haya recibido notificación escrita de revocación con por lo menos 3 días de anticipación a la próxima fecha de pago. Los cambios de cuentas de banco o los tipos de membresía y/o cancelaciones serán aceptados únicamente si se hacen por escrito. Las cuotas de membresía, de los programas y de guardería están sujetas a cambios. Por favor manténganos informados de cualquier cambio en su dirección, número de teléfono, cuenta bancaria o tarjeta de crédito.

Draft Date (check one): ___ 1st OR ___ 15th **Monthly Rate:** _____ **Initials:** _____

VERIFICACIÓN DE REGISTRO DE PERSONAS CON ANTECEDENTES DE AGRESIÓN SEXUAL

¿Está el solicitante en el registro de personas con antecedentes de agresión sexual (Niveles 2 o 3)? NO SÍ

Si la respuesta es afirmativa, indique nombre: _____

FIRMAS DE TODOS LOS MIEMBROS DE 18 AÑOS O MAYORES - O - FIRMA DE LOS PADRES/TUTORES LEGALES DE LOS SOLICITANTES MENORES DE 18 AÑOS

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Firma

Fecha

¿CÓMO SE ENTERÓ DE LA YMCA?

Medios sociales (Facebook, etc.) Búsqueda de Google Amigo/Pariente Otro _____

RESPONSABILIDAD SOCIAL

A través de la YMCA y Big Brothers Big Sisters, Ud. podrá retribuir a su comunidad e impulsar acciones destinadas a mejorarla. La Y y BBBS son organizaciones de caridad sin fines de lucro que dependen de las donaciones y de voluntarios para apoyar sus programas, dirigir las juntas directivas y proveer recursos financieros, asegurando la equidad de acceso a nuestros programas y servicios. Sabemos que cuando trabajamos juntos para fortalecer nuestra comunidad, logramos que las personas individuales, las familias y las comunidades progresen y todos tengan la oportunidad de prosperar. ¡Únase a nuestro movimiento!

Sí, me gustaría saber más acerca de cómo puedo involucrarme en la Y y en BBS a través de donaciones y trabajo voluntario.

PARA USO DE LA OFICINA ÚNICAMENTE

Cheque de banco Últimos cuatro dígitos de la tarjeta de crédito:

Cuota de Membresía del programa

Total pagado:

Fecha de ingresado:

Miembro del personal: