

# Solicitud de Membresía

- REGULAR
- CORPORATIVO



## INFORMACIÓN PARA MEMBRESÍA DE ADULTOS Y FAMILIA

Utilice esta sección para membresía individual, personas de la tercera edad, o membresía familiar. Para calificar para la membresía se requiere lo siguiente: uno o dos adultos que viven en la misma vivienda (el adulto secundario debe ser el cónyuge o compañero del primer adulto) con sus dependientes que son elegibles hasta la edad de 24. A los 25 años, una persona con una discapacidad o un padre anciano que vive en la misma casa seguirá siendo elegible para la membresía familiar. Se puede requerir la verificación de la situación familiar y vivienda.

### ADULTO PRIMARIO

NOMBRE (PRIMERO, SEGUNDO NOMBRE Y APELLIDO)

CORREO ELECTRÓNICO

# CELULAR FECHA DE NACIMIENTO  MASCULINO  FEMENINO

### SEGUNDO ADULTO

NOMBRE (PRIMERO, SEGUNDO NOMBRE Y APELLIDO)

RELACION CON EL ADULTO PRIMARIO

CORREO ELECTRÓNICO

# CELULAR FECHA DE NACIMIENTO  MASCULINO  FEMENINO

## INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

## MIEMBROS ADICIONALES DE LA FAMILIA EN LA MEMBRESÍA

Por favor adjuntar un formulario adicional para más miembros del hogar.

# 1 MIEMBRO DEL HOGAR: NOMBRE (PRIMERO, SEGUNDO NOMBRE Y APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)

EDAD

MASCULINO  FEMENINO

# RELACIÓN CON EL ADULTO PRIMARIO

# 2 MIEMBRO DEL HOGAR: NOMBRE (PRIMERO, SEGUNDO NOMBRE Y APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)

EDAD

MASCULINO  FEMENINO

# RELACIÓN CON EL ADULTO PRIMARIO

# 3 MIEMBRO DEL HOGAR: NOMBRE (PRIMERO, SEGUNDO NOMBRE Y APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)

EDAD

MASCULINO  FEMENINO

# RELACIÓN CON EL ADULTO PRIMARIO

## MEMBRESÍA DE JÓVENES Y ADOLESCENTES

Utilice esta sección para membresías individuales de jóvenes o adolescentes.

### INFORMACIÓN DE MIEMBRO

NOMBRE (PRIMERO, SEGUNDO NOMBRE Y APELLIDO)

# FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA) EDAD  MASCULINO  FEMENINO

## INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO DE CASA

## INFORMACIÓN DEL TUTOR LEGAL

TUTOR LEGAL #1 (PRIMER NOMBRE Y APELLIDO)

TELÉFONO CELULAR

TELÉFONO DEL TRABAJO

TUTOR LEGAL #2 (PRIMER NOMBRE Y APELLIDO)

TELÉFONO CELULAR

TELÉFONO DEL TRABAJO

## TIPO DE MEMBRESÍA

FECHA (MM/DD/AA)

ELIJA SU TIPO DE MEMBRESÍA:

- MAYOR (62+)  PAREJA MAYOR (62+)
- ADULTO (25-61)  JOVEN ADULTO (11-24)
- FAMILIA (3 MIEMBROS O MENOS)
- FAMILIA (5 MIEMBROS O MENOS)
- FAMILIA (6 O MÁS MIEMBROS)

¿LUGAR DE EMPLEO?

## INFORMACIÓN CONTACTO DE EMERGENCIA

PRIMER NOMBRE

APELLIDO

RELACIÓN

CELULAR

## INFORMACIÓN OPCIONAL

Gracias por proporcionar la siguiente información. Esto nos ayuda a desarrollar servicios de calidad y programas que se ajustan a las necesidades de la comunidad local.

1. ¿CÓMO ESCUCHO DE NOSOTROS?

- PERIÓDICO
- EN INTERNET  EVENTO
- CORREO DIRECTO
- FOLLETO  TV
- RADIO  OTROS \_\_\_\_\_

2. ¿QUÉ PROGRAMAS LE INTERESAN MÁS?

- DEPORTES ACUÁTICOS
- COMPUTADORA
- BAILE  SALUD FÍSICA
- ARTES  DÍA DE CAMPAMENTO
- MÚSICA  DEPORTES
- OTROS \_\_\_\_\_

3. ¿ESTÁ USTED INTERESADO EN SER VOLUNTARIO?

- SÍ  NO

INTERESES / HABILIDADES:

---

---

---

---

---

---

---

---

FOR INTERNAL USE ONLY

ENTERED BY (INITIAL): \_\_\_\_\_

# Solicitud de Membresía



## INFORMACIÓN DE PAGO DE LA MEMBRESÍA

INTERNAL USE:  
ATTACH RECEIPT

### MENSUAL AUTOMÁTICO DE TARJETA CRÉDITO / DÉBITO

Autorizo El Ejército de Salvación Centro Ray y Joan Kroc para cargar a mi tarjeta de crédito indicada abajo, mensualmente. Se trata de un sistema de retiro automático en el cual el pago de las cuotas se hace con regularidad con cargo a la tarjeta bancaria del miembro alrededor del día 1 de cada mes para la cuota del próximo mes.

VISA  MASTERCARD  DISCOVER

NOMBRE ( COMO APARECE EN LA TARJETA)

TARJETA #

FECHA DE VENCIMIENTO (MES / AÑO)

FIRMA

### FECHAS DE PAGO

Lea e inicialice las siguientes afirmaciones.

\_\_\_\_\_ El costo de afiliación y las cuotas no son reembolsables.

Entiendo que mi primer pago automático es en: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Los pagos automáticos se cobrarán el día 1 de cada mes.

\_\_\_\_\_ Cancelaciones de la membresía o cambios pertinentes al pago automático deberán presentarse antes del día 10 del mes para ser eficaz para el siguiente pago automático.

\_\_\_\_\_ Si los pagos de membresía caducan por más de 30 días, se cobrará la tarifa de registro correspondiente para volver a abrir la cuenta de membresía.

## LAS DONACIONES DE BECAS

Ayude a una persona que lo merece en la comunidad a alcanzar su potencial mediante la donación de una cantidad de su elección al programa de becas Salvation Army Kroc Center. Esta donación es deducible de impuestos.

SÍ, ME GUSTARÍA AYUDAR. ME GUSTARÍA HACER UNA DONACIÓN DE

NO, NO QUIERO PARTICIPAR EN ESTE MOMENTO.

\$ \_\_\_\_\_ REGALO DE UNA SOLA VEZ

## TÉRMINOS DE LA AFILIACIÓN

Al firmar esta solicitud de afiliación, yo (nosotros) estoy de acuerdo con lo siguiente: (1) miembro, y cualquier invitado / sus acompañantes cumplirán con los términos de este Acuerdo en todo momento durante el período de afiliación y cumplirá con todas las normas y reglas publicadas o comunicadas al miembro, (2) en caso de enfermedad o lesión, El Ejército de Salvación Centro Kroc está autorizado para asegurar el tratamiento médico de emergencia a expensas del miembro, (3) El Ejército de Salvación Centro Kroc se reserva el derecho de retirar de la instalación o terminar la membresía de cualquier miembro que no cumpla con las normas y regulaciones publicadas o que de otra manera viola los términos de este Acuerdo, en tal caso el miembro no tendrá derecho a la devolución de los pagos, (4) los derechos de membresía no son transferibles, y **5) Autorizo al Ejército de Salvación Centro Kroc para hacer grabaciones visuales de todas las personas que figuran en este formulario para su uso responsable.**

**RENUNCIA A RESPONSABILIDAD** - Entiendo que el uso de las instalaciones y el equipo del Ejército de Salvación Centro Kroc puede implicar un riesgo de lesiones corporales o daños a la propiedad o exposición al contagio (incluido COVID-19), y estoy de acuerdo en asumir cualquiera de estos riesgos. Yo entiendo que es mi responsabilidad el consultar a los médicos y otros profesionales para asegurar de que pueda participar con seguridad en las actividades y eventos en El Ejército de Salvación Centro Kroc. También entiendo y acepto que al firmar este Acuerdo, estoy renunciando a mi (o el menor para quien firmo) derecho a realizar cualquier reclamo en contra del Ejército de Salvación, sus agentes, empleados y voluntarios, incluyendo el derecho a demandarlos, por lesiones corporales, daños a la propiedad, enfermedades o cualquier otra pérdida que pudiera sufrir durante el uso de las instalaciones y servicios del Ejército de Salvación Centro Kroc, con excepción de lo limitado por la ley.

**AVISO** - Con el fin de promover un entorno seguro y protegido, El Ejército de Salvación Centro Kroc ha instalado cámaras de vídeo en varios lugares. Como parte de nuestro compromiso con la seguridad de los niños y las personas vulnerables, El Ejército de Salvación Centro Kroc se reserva el derecho de consultar los recursos públicos para determinar si cualquier miembro o invitado de cualquier miembro plantea un riesgo inaceptable para sus clientes, empleados o visitantes. "Si El Ejército de Salvación tiene conocimiento efectivo de que un individuo es un delincuente sexual registrado, a dicha persona le será negado el acceso a El Ejército de Salvación Centro Comunitario Ray y Joan Kroc (" RJKCCC "). Por firma en este documento, represento al Ejército de Salvación, que ni yo, ni ninguno de mis invitados, que pueden de vez en cuando asistir al RJKCCC son de mi conocimiento, delincuentes sexuales registrados en cualquier jurisdicción legal y que, además, tengo un deber afirmativo hacia El Ejército de Salvación de informar de inmediato al Ejército de Salvación cualquier cambio en mi conocimiento del estado de delincuente sexual registrado para mí o cualquiera de mis invitados que ocasionalmente van a solicitar admisión en el RJKCCC en virtud del presente Acuerdo".

**INICIALES DEL MIEMBRO:** \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MIEMBRO

FECHA

FIRMA DEL PADRE / TUTOR LEGAL

FECHA

SÓLO PARA USO INTERNO: ACCEPTED BY

ENTERED BY

DATE

PAGO INICIAL:

\$ \_\_\_\_\_