

Programa Sam's 1^{er}-7^{mo} Grado
2023-2024 Información de Registro
Martes, 6:00PM – 8:00PM, Chambersburg Memorial YMCA
Empieza el 3 de Octubre, 2023

Información del Joven:

Nombre _____ Género ____ Talla de camisa _____ Edad ____
Fecha de nacimiento ____/____/____ Grado en el otoño de 2023 _____
Dirección donde vive: _____ Escuela donde asiste: _____
_____ Tel. de la casa _____

Información Familiar:

Correo electrónico: _____

Joven principalmente vive con: los padres padre 1 padre 2 otros

Padres/Guardian 1 Nombre _____ Tel. de la casa _____
Dirección _____ Tel. del trabajo _____
_____ Tel. Celular _____

Padre/Guardián 2 Nombre _____ Tel. de la casa _____
Dirección _____ Tel. del trabajo _____
_____ Tel. Celular _____

Contactos en caso de emergencia:

Proporcione dos contactos adicionales que no sean los padres o guardianes.

Nombre _____ Número de tel. _____
relación con el joven/a _____

Nombre _____ Número de Tel. _____
Relación con el joven/a _____

Sam's Programa Paradas de autobús: MARQUE la parada de autobús que utilizara su hijo/a al programa de Sam's.

	Pick Up	Drop-Off
1. [] King and Kennedy	5:33	8:03
2. [] Commerce and Poplar	5:36	8:06
3. [] Ben Chambers Parking Lot	5:39	8:09
4. [] Franklin and Burkhart	5:42	8:12
5. [] Catherine and Larch	5:45	8:15
6. [] Redwood and Buchanan	5:48	8:18
7. [] South and Second Street	5:51	8:21
8. [] Liberty and 3 rd	5:54	8:24

Marque si planea transportar a su hijo/a usted mismo al programa de Sam's. _____

El Distrito Escolar del Área de Chambersburg no patrocina ni sancionar este programa/evento/actividad

Foto Consentimiento: Doy el permiso Chambersburg YMCA para tomar fotos de mi hijo para su uso en la YMCA y publicaciones públicas incluyendo pero no limitado al periódico, sitios web, folletos, displays, etc.

Padre/Guardian _____

Fecha _____

Sam's Programa Formulario de Autorización Médica

Compañía de Seguros _____

Número de Póliza _____

Yo, (por favor imprima nombre) _____, doy el permiso Chambersburg YMCA para cuidar a mí hijo/a en caso de emergencia. Doy el permiso Chambersburg YMCA para llevar a mi hijo al hospital en caso de lesión para el tratamiento. Entiendo que el personal de YMCA hará todo lo posible para ponerse en contacto conmigo antes de autorizar el transporte de emergencia o atención médica para mi niño y medio libero el YMCA, sus agentes y empleados de toda responsabilidad en relación con esta autorización concedida.

Firma de los Padres _____

Fecha _____

Detalle las condiciones/alergias con el que su hijo ha sido diagnosticado y cualquier medicamento que él/ella toma.

Condición / Alergia	Medicación

Encuesta de Ingresos

Con el fin de calificar para diversas fuentes de financiación, la siguiente información debe ser suministrada. Cada familia debe indicar el número de personas que viven en la residencia y si el ingreso total de la familia está por encima o por debajo de la cifra listada para el tamaño de la familia. Marque la casilla que corresponda con el tamaño de su hogar y comprobar si su ingreso es superior o inferior al número indicado.

- | | | | | |
|--|-----------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Uno Persona de la Casa | Ingreso Familiar está | <input type="checkbox"/> Arriba | <input type="checkbox"/> Abajo | \$31,225 |
| <input type="checkbox"/> Dos Persona de la Casa | Ingreso Familiar está | <input type="checkbox"/> Arriba | <input type="checkbox"/> Abajo | \$42,446 |
| <input type="checkbox"/> Tres Persona de la Casa | Ingreso Familiar está | <input type="checkbox"/> Arriba | <input type="checkbox"/> Abajo | \$49,326 |
| <input type="checkbox"/> Cuatro Persona de la Casa | Ingreso Familiar está | <input type="checkbox"/> Arriba | <input type="checkbox"/> Abajo | \$64,375 |
| <input type="checkbox"/> Cinco Persona de la Casa | Ingreso Familiar está | <input type="checkbox"/> Arriba | <input type="checkbox"/> Abajo | \$75,425 |
| <input type="checkbox"/> Seis+ Persona de la Casa | Ingreso Familiar está | <input type="checkbox"/> Arriba | <input type="checkbox"/> Abajo | \$86,475 |

Condado de Franklin Sección 8 límites de ingresos establecidos por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de Estados Unidos - 04 2015

NOMBRE _____ DIRECCION _____

CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL _____

"Cualquier falsas declaraciones a sabiendas y voluntariamente podrán someter al firmante a sanciones bajo la Sección 1001 y 1010 del Título 18 del Código de los Estados Unidos."

Firma Director _____

Firma del Solicitante _____

Fecha _____