



6034 Hamilton Blvd. #124
Allentown, PA 18106

VERANO 2022 SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN

Ubicación del programa: _____

Entrenador: _____

Fechas de Sesión: _____

Cuota *: _____

**La cuota es actualmente de \$ 125.00 por session. Requisito de la edad: 8-18 años*

Regrese la aplicación completa Y FORMA DE INGRESO A: el entrenador, Fred Keller, fkeller@embraceyourdreams.org correo electrónico o la oficina de First Tee en el 610-868-5290

NOMBRE DEL PARTICIPANTE _____ MASCULINO FEMENINO

DIRECCIÓN (numero, calle) _____

CIUDAD _____ **ESTADO** _____ **ÓDIGO POSTAL** _____ **Lista de Honor** si no

TELÉFONO DE CASA # _____ **TELÉFONO DE EMERGENCIA #** _____

EMAIL: _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____

RAZA: African American Caucásico Hispano Asiático Multi-Racial Otro _____

ESCUELA _____ **EDAD** _____ **GRADO COMPLETADO** _____

LA SIGUIENTE EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDADES DEBE SER LEÍDA Y FIRMADA POR EL APLICANTE Y PADRE O ENCARGADO PARA PARTICIPAR EN ESTE PROGRAMA:

Responsabilidad Médica: Los padres con niños que tengan alergias extremas, reacciones adversas a la picadura de abejas, están propensos a erupciones por envenenamiento de hiedra, o tiene alguna otra condición médica, son responsables por preparar adecuadamente a sus hijos para que participen en el Programa de Golf; indicar que sus hijos están físicamente y mentalmente en forma para participar en el Programa. Ningún instructor del Programa de Golf bajo ninguna circunstancia, manejará o administrará medicamentos. Yo entiendo que soy responsable financieramente por cualquier gasto médico de mi hijo mientras participa en el Programa Embrace Your Dreams (EYD). En caso de emergencia, doy permiso para que a mi hijo se le de tratamiento de emergencia por el personal médico apropiado.

Exoneración: El participante del Programa Embrace Your Dreams y sus padres o encargado legal, por la presente acuerdan liberar, exonerar y no responsabilizar a Embrace Your Dreams, sus directores, empleados, patrocinadores y agentes de cualquier y todas las responsabilidades por cualquier accidente o consecuencia en que esté envuelto el participante que surgiera fuera de, o relacionados con el ingreso del solicitante y su participación en actividades ofrecidas por Embrace Your Dreams o cualquier otra actividad de Embrace Your Dreams, incluyendo excursiones. La facultad de EYD bajo ninguna circunstancia les entregara a sus niños a una persona que no sea el padre(s) autorizado, guardián(es), o un individuo autorizado por los padres por escrito, incluyendo parientes de los niños. Se mantendrán listas de firmas diariamente según los padres pasen a recoger a sus hijos y se mantendrán estas listas en los archivos. EYD no es responsable por la propiedad personal de los participantes. Los participantes que demuestren conducta inapropiada se removerán del programa a la discreción de EYD.

Permiso para Fotografía: Yo doy permiso a Embrace Your Dreams para que use fotografías y películas/videos míos y/o de mi(s) hijo(s) para propósitos educativos o de promoción. Estos materiales pueden ser utilizados para uso inmediato o futuro. Entiendo que las fotos, películas/videos no serán usados con fines comerciales.

FIRMA DEL PADRE O ENCARGADO _____ **FECHA** _____

ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRAS DE MOLDE _____

Date received by EYD _____

Honestidad - Integridad - Respeto - Responsabilidad - Confianza - Perseverancia - Deportivo - Cortesía – Sentencia

Nombre: _____ Nombre del Cliente (si es diferente)

Dirección: _____ Ciudad Estado Código Postal

Número de teléfono: _____

RAZA Y ORIGEN ETNICO: Esta información se requiere solamente para asegurarse que no haya discriminación en programas financiados con fondos federales .

Raza (favor de marcar uno o más):

- Blanca
- Negra
- Indio Norte Americana o Nativo de Alaska
- Asiática
- Nativo de Hawai o de las Islas Pacíficas
- Indio Norte Americana o Nativo de Alaska y Blanco
- Asiático/Asiática y Blanco
- Negro/Negra o Africano/Africana y Blanco
- Indio Norte Americana o Nativo de Alaska y Negra o Africana
- Otro Multi-Racial

Origen Etnico (favor de marcar):

- Hispano o Latino

VERIFICATION DE SU FAMILIA E INGRESO

Por favor seleccione el número de personas miembros de su familia bajo la columna “Miembros de Familia” y la categoría apropiada de su ingreso de una de las (3) tres columnas inmediatamente a la derecha del número de personas en su hogar.

<u>Número en la Familia</u>	<u>0-30% AMI</u>	<u>31-50% AMI</u>	<u>51-80% AMI</u>
<u>1</u> persona	_____ \$0 – \$17,200	_____ \$17,201 – \$28,700	_____ \$28,701 – \$45,850
<u>2</u> personas	_____ \$0 – \$19,650	_____ \$19,651 – \$32,800	_____ \$32,801 – \$52,400
<u>3</u> personas	_____ \$0 – \$22,100	_____ \$22,101 – \$36,900	_____ \$36,901 – \$58,950
<u>4</u> personas	_____ \$0 – \$26,500	_____ \$26,501 – \$40,950	_____ \$40,951 – \$65,500
<u>5</u> personas	_____ \$0 – \$31,040	_____ \$31,041 – \$44,250	_____ \$44,251 – \$70,750
<u>6</u> personas	_____ \$0 – \$35,580	_____ \$35,581 – \$47,550	_____ \$47,551 – \$76,000
<u>7</u> personas	_____ \$0 – \$40,120	_____ \$40,121 – \$50,800	_____ \$50,801 – \$81,250
<u>8</u> personas	_____ \$0 – \$44,660	_____ \$44,661 – \$54,100	_____ \$54,101 – \$86,500

¿Es una mujer la cabeza de su hogar? Si _____ No _____

¿Tiene el participante algún impedimento? Si _____ No _____

Con mi firma certifico que toda la información proveída en este documento es verdadera y correcta. **Advertencia:** La Ciudad de Allentown, La Ciudad de Bethlehem, y HUD demandará afirmaciones y declaraciones falsas. La condena puede resultar en sanciones criminales y civiles (18 U.S.C. 1001, 1010, 1012; 31 U.S.C. 3729, 3802).

(Firma)

(Fecha)