



**VERANO 2020 SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN**

**Ubicación del programa:** \_\_\_\_\_

**Entrenador:** \_\_\_\_\_

**Fechas de Sesión:** \_\_\_\_\_

**Cuota \*:** \_\_\_\_\_

*\*La cuota es actualmente de \$ 120.00 por session. Requisito de la edad: 8-18 años*

Regrese la aplicación completa Y FORMA DE INGRESO A: el entrenador Ray Dandrea, [rdfirsttee@hotmail.com](mailto:rdfirsttee@hotmail.com) 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** \_\_\_\_\_

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.

<b><u>Número en la Familia</u></b>	<b><u>0-30% AMI</u></b>	<b><u>31-50% AMI</u></b>	<b><u>51-80% AMI</u></b>
<u>1</u> persona	_____ \$0 – \$16,450	_____ \$16,451 – \$27,450	_____ \$27,451 – \$43,900
<u>2</u> personas	_____ \$0 – \$18,880	_____ \$18,881 – \$31,400	_____ \$31,401 – \$50,200
<u>3</u> personas	_____ \$0 – \$21,330	_____ \$21,331 – \$35,300	_____ \$35,301 – \$56,450
<u>4</u> personas	_____ \$0 – \$25,750	_____ \$25,751 – \$39,200	_____ \$39,201 – \$62,700
<u>5</u> personas	_____ \$0 – \$30,170	_____ \$30,171 – \$42,350	_____ \$42,351 – \$67,750
<u>6</u> personas	_____ \$0 – \$34,590	_____ \$34,591 – \$45,500	_____ \$45,501 – \$72,750
<u>7</u> personas	_____ \$0 – \$39,010	_____ \$39,011 – \$48,650	_____ \$48,651 – \$77,750
<u>8</u> personas	_____ \$0 – \$43,430	_____ \$43,431 – \$51,750	_____ \$51,751 – \$82,800

¿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)