



SOLICITUD DE MEMBRESÍA

Información del solicitante principal

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo M F

Dirección Postal: _____ Apt# _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono principal : (____) _____ - _____ Teléfono (otro): (____) _____ - _____

El empleador: _____ Teléfono del trabajo : (____) _____ - _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Por favor proporcione una dirección de correo electrónico para el acceso en línea y nuestro boletín informativo.

EMAIL: _____

Estoy aplicando para

Marcar la categoría que solicita

M E M B R E S I A	<input type="checkbox"/>	LA JUVENTUD (edades 12-21)
	<input type="checkbox"/>	ADULTO JOVEN (edades 22-29)
	<input type="checkbox"/>	ADULTO (edad 30+)
	<input type="checkbox"/>	DOS ADULTOS (edad 21+)
	<input type="checkbox"/>	UN ADULTO (edades 21-64) + niños
	<input type="checkbox"/>	DOS ADULTOS (edades 21-64) + niños
	<input type="checkbox"/>	PERSONA MAYOR (edad 65+)
M E M B R E S I A P L U S	<input type="checkbox"/>	DOS PERSONAS MAYORES (Primaria debe ser 65+)
	<input type="checkbox"/>	2° ADULTO
	<input type="checkbox"/>	3ª ADULTO
	<input type="checkbox"/>	4° ADULTO
<input type="checkbox"/>	LOS NIETOS	

La información de la familia de membresía

Nombre	Relación	la Fec. Nac	Sexo M F
Nombre	Relación	la Fec. Nac	Sexo M F
Nombre	Relación	la Fec. Nac	Sexo M F
Nombre	Relación	la Fec. Nac	Sexo M F
Nombre	Relación	la Fec. Nac	Sexo M F
Nombre	Relación	la Fec. Nac	Sexo M F
Nombre	Relación	la Fec. Nac	Sexo M F
Nombre	Relación	la Fec. Nac	Sexo M F

Pago fácil Plan de pago

Mi proyecto mensual será en o cerca del primer día de cada mes:

- la cuenta corriente la cuenta de ahorros **(Usted recibirá \$ 10 del primer proyecto si elige la cuenta de la opción bancaria)** or
 Credit/Debit Visa MC AMEX Discover

Cuenta bancaria/ Nombre del titular del crédito

Yo entiendo que una tarifa de servicio de \$20 será evaluada, si por cualquier razón los fondos no están disponibles para cubrir el pago automático.

Debo entrar en la YMCA y rellenar un formulario de cancelación. Un formulario rellenado en o después del primer día del mes resultará en la cuenta está redactando para el primero del mes. La membresía estará activa hasta el final de ese mes.

- Plan de pago anual Plan de pago anual semi

Para propósitos de facturación constante, mi fecha de inicio anual pro tasa de mi primer mes. Mi fecha de renovación será ____/____/____.

Entiendo que las tasas de afiliación están sujetos a cambios y se verá reflejadas en mi fecha de renovación anual.

- Deducir de la nómina

Nombre de la compañía

Mes eficaz

Firma del titular autorizado de la cuenta

Fecha

Mediante la firma estoy de acuerdo en seguir los términos y condiciones de este plan de pago de mi elección

FOR OFFICE USE

- Downtown Dunigan

Employer _____ Membership Type _____

- Photo(s) taken Cards Membership Book Program Guide & Fliers

Join Date ____/____/____ Staff Initial _____ Membership Monthly Rate \$ _____

Membership Plus \$ _____ Members ID _____

Nuestra misión:

La YMCA del Suroeste de Indiana, Inc., siguiendo el ejemplo de Jesucristo, responde a las necesidades de la comunidad por servir a todas las personas, especialmente a los jóvenes, a través de las relaciones y actividades que promover el sano espíritu, mente y cuerpo.

Al firmar este formulario de inscripción de miembros, estoy de acuerdo que yo y cada persona como parte de esta membresía se acaten código de conducta la YMCA. Entiendo también que la YMCA conduce investigaciones por el registro de agresores sexuales para todos los miembros, participantes, y visitantes. Si hay una confirmación en el registro de agresores sexuales, la YMCA reserva el derecho para eliminar una membresía, terminar la participación en un programa, y quitar acceso al edificio.

Ha usted o alguien en este hogar ha sido convicto de un delito SEXUAL? Sí No

Entiendo que las actividades de la YMCA tienen riesgos inherentes y por este medio asumo todos los riesgos y peligros incidente a mi participación y la participación de todos los miembros en la membresía en todas las actividades del YMCA. Además renunciar, liberar, eximir, indemnizar y acuerda eximir de la YMCA, el personal y voluntarios de cualquier reclamación o lesión sufrida durante mi uso del programa y las instalaciones de la YMCA.

Como miembro de la YMCA, usted recibirá un manual de membresía hoy. El libro contiene políticas y procedimientos de la YMCA que son importantes para que usted pueda conocer; le pedimos que por favor revise el manual de membresía.

Al firmar abajo, verificar que toda la información que he proporcionado es exacta y que he leído y entendido el texto anterior. También reconozco que he recibido y entender que es mi responsabilidad de revisar el libro de membresía.

La persona que firma abajo concede permiso completo a la YMCA para tomar y usar fotografías, videos, películas, grabaciones o cualquier otro registro de participación para cualquier propósito.

La firma: _____ Firma de los padres: _____ Fecha: _____
(Titular de la cuenta principal) (Si la juventud es menor de 18 años y es titular de la cuenta principal)

