



ABAD -CAPOEIRA

SAN FRANCISCO

BRAZILIAN ARTS CENTER

EL PROYECTO RAY (EL PROYECTO DE ALCANZAMIENTO A TODA LA JUVENTUD)

ACSF ofrece un número limitado de becas para la juventud de familias de bajo ingreso. Los niños y jóvenes elegibles van a ser aceptados a medida que vayan llegando hasta llenar nuestro cupo.

Si ACSF no puede darle una beca a un joven elegible, pondremos el joven en una lista de espera y va ser aceptado en el programa cuando haya espacio disponible.

ELEGIBILIDAD: Niños y muchachos de edades de 5-19 años son elegibles. Becas (completas o parciales) serán otorgadas basado en el ingreso anual de cada familia. Los solicitantes serán notificados por correo sobre su estado de membresía después de que se haya revisado la aplicación completa.

VOLUNTARIOS: Se requiere que los miembros o sus familias del Proyecto RAY dediquen tiempo como voluntarios con ACSF por un mínimo de tres horas por sesión. Se requiere que familias que tienen más de un hijo inscrito en este programa dediquen tiempo como voluntarios por tres horas más 1.5 horas por cada hijo(a) adicional. **SI LOS REQUISITOS DE VOLUNTARIOS NO SON CUMPLIDOS, EL MIEMBRO(S) NO SERA ELEGIBLE PARA RENOVAR Y VA A PERDER SU BECA(S).** Un formulario de voluntario será incluido con esta aplicación. Usted debe comprometerse a una de las opciones de voluntarios para ser elegible para la membresía.

RENOVAR: El Proyecto RAY esta en operación durante dos sesiones por año, las sesión de primavera/ verano (enero-agosto) y la sesión de otoño (septiembre-diciembre). Nuevos miembros pueden alistarse en el Proyecto RAY en cualquier momento durante el año. Va a tener que renovar su membresía al principio de cada sesión, no importa cuando fue aceptado al programa. Los miembros que continúan tendrán prioridad para las becas si ellos renuevan su aplicación a tiempo y llenan sus horas de voluntario cada año. **SI LA MEMBRECÍA NO ES RENOVAR, LAS CLASES NO SON PAGADAS, O SI LAS HORAS DE VOLUNTARIO NO ESTAN COMPLETAS, EL MIEMBRO VA PERDER SU BECA.**

PRIVILEGIOS: Miembros del Proyecto RAY pueden entrenar en cualquier clase que esta abierta para su nivel y edad (ver el horario abajo). Ellos pueden participar en todos los talleres de salud y de seguridad a ningún costo. Todos los miembros son bienvenidos a observar cualquier clase. Miembros de más de 14 años de edad pueden usar el equipo de pesas en la academia a cualquier hora que la academia este abierta y haya personal.

REGLAS: Estudiantes no son supervisados cuando no est n en clase. Ellos son responsables de su propia seguridad y sus pertenencias. Estudiantes deben respetar las instalaciones, el personal y otros estudiantes de ACSF, y cualquier clase que se est  llevando a cabo. Se espera que los miembros del proyecto mantengan su espacio y persona limpia y que informen a sus padres o guardián si están en la academia o en clase.

ACSF no es responsable por estudiantes antes o después de clase. La transportación hacia la clase es enteramente la responsabilidad de los padres o guardián del(la) joven.

ACSF es un espacio seguro. Cualquiera que viola o arriesga la seguridad de esta instalación será eliminado del programa.

No hay NINGUNA ARMA DE NINGÚN TIPO permitida en la academia en cualquier momento. No hay NINGUNA DROGA O BEBIDA ALCOHÓLICA permitida en la academia en cualquier momento. Cualquier miembro del proyecto que trae armas, drogas o bebidas alcohólicas a la academia o viene a la academia bajo la influencia de drogas o alcohol va a ser eliminado del programa.



Fecha de Aplicacion: / /

Miembro Previo: Si - No

Solo para uso de la oficina: Fee: F R1 R2 Y
--

Nombre completo: _____ **Sexo (marque uno):** Hombre - Mujer

Direccion: _____ **Lugar de Nacimiento:** _____

Ciudad: _____ **Fecha de Nacimiento:** / / **Edad:** _____

Estado: _____ **ZIP:** _____ **Telefono en casa:** () - _____

Escuela: _____ **Grado:** _____

INFORMACION DE CONTACTO: Necesitaremos contactarle con regularidad durante la sesion con nueva informacion

Nuestro metodo preferido de contacto es Email. Por favor denos su direccion de Email

Email: _____

Si usted no recibe Email, por favor denos el mejor numero de telefono para llamarle.

Telefono: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____

Telefono: _____

CON QUIEN VIVE EL MIEMBRO?

- Ambos madre y padre · Padre solamente · Guardian
- Madre solamente · Abuelos · Otro: _____

Por favor llene el nombre(s) de las personas con quien el miembro vive, su lugar de trabajo, y su telefono en el trabajo.

Nombre: _____ Nombre: _____

Relacion: _____ Relacion: _____

Lugar de trabajo: _____ Lugar de trabajo: _____

Tel. en el trabajo: () - _____ Tel. en el trabajo: () - _____

Grupo etnico (marque todos los que apliquen)

- Afro-Americano · Chino · Camboyano
- Blanco · Filipino · Koreano
- Latino/Hispano · de las Islas Pacificas · Nativo-Americano
- Ruso · Vietnamita · Asiatico _____
- Otro : _____

Por favor indique cualquier informacion medica que deberiamos saber sobre este miembor (alergias, medicamento, numero medico, etc) _____ Aseguranza: _____

de Tarjeta Medica: _____

Nombre del Doctor de la familia: _____ Telefono: () - _____

*** FORMULARIO DEBE ESTAR COMPLETO PARA SER ELEGIBLE COMO MIEMBRO***

¿El miembro ha tenido experiencia previa con capoeira? No Sí. ¿Donde? _____

¿Con quien? _____ ¿Por cuanto tiempo? _____

Por favor liste actividades relacionadas (como la danza, deportes, gimnasia, etc) en que el miembro haya participado:

Marque el número de personas en su hogar (incluyendo hermanos y hermanas) de la primera línea y marque el ingreso total de su hogar en la columna:

Número en hogar	1 Persona	2 Personas	3 Personas	4 Personas	5 Personas	6 Personas	7 Personas	8+ Personas
Ingreso Total del Hogar	Menos de \$18,000	Menos de \$21,000	Menos de \$24,000	Menos de \$27,000	Menos de \$30,000	Menos de \$33,000	Menos de \$36,000	Menos de \$39,000
	2) \$18,001-21,000	6) \$21,001-25,000	10) \$24,001-29,000	14) \$27,001-33,000	18) \$30,001-37,000	22) \$33,001-41,000	26) \$36,001-45,000	30) \$39,001-49,000
	3) \$21,001-33,000	7) \$25,001-39,000	11) \$29,001-45,000	15) \$33,001-51,000	19) \$37,001-54,950	23) \$40,001-59,050	27) \$45,001-63,100	31) \$49,001-67,200
	Más de \$33,001	Más de \$39,001	Más de \$45,001	Más de \$51,001	Más de \$54,951	Más de \$59,051	Más de \$63,101	Más de \$67,201

ACSF retiene el derecho de pedir verificación de ingreso si es necesario.

FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE

Sí No Yo doy permiso para que mi hijo/hija participe en fotografías, videos, o entrevistas para el uso de ABADÁ Capoeira en materiales de promoción.

Si No Yo doy permiso para que mi hijo/hija participe en actividades planeadas y presentaciones que ocurren fuera de la academia en lugares cercanos (por ejemplo, parques, escuelas y centros culturales). Yo entiendo que se va a proveer transportación y que mi hijo/hija va a ser acompañado(a) por el personal de ABADÁ. Yo entiendo que el personal de ABADÁ Capoeira va a supervisar todas las actividades. *Para cualquier evento especial o excursión, usted recibirá un formulario de permiso por separado.*

Yo doy mi consentimiento para que mi hijo/hija reciba tratamiento de un doctor o cirujano en caso de enfermedad o lesión repentina mientras este participando en un programa de ABADÁ-Capoeira. Yo entiendo que yo sería responsable por el costo de este tratamiento. Para proteger la seguridad del personal, de nuestros miembros, y para reducir responsabilidad legal, el personal de ABADÁ-Capoeira no dispensa ni guarda medicamentos de ningún tipo para nuestros participantes.

ABADÁ-Capoeira solo va a supervisar jóvenes en nuestra academia durante las horas de clase. Si su hijo/hija no camina solo para su casa, debe hacer arreglos para que lo recojan el final de la clase.

Yo descargo y renuncio (por mi parte, mis ejecutores y administradores) a cualquier y todos los derechos de reclamar por daños que surjan de cualquier enfermedad, accidente, u ocurrencia causados por o como resultado de la participación de mi hijo/hija o por conexión con ABADÁ-Capoeira, sus instructores, agentes, representantes, o instalaciones. ABADÁ-Capoeira, sus agentes, instructores, representantes, e instalaciones no serán sujetos por mí a ser responsables por la pérdida o robo de las pertenencias de mi hijo/hija. Se me ha advertido que mi hijo/hija debe estar en buena salud para participar en este programa y yo declaro que mi hijo/hija esta en buena salud. Yo declaro que he leído y entendido el párrafo anterior, he consultado con un doctor si ha sido necesario.

_____ tiene mi permiso de participar en cualquier actividad en el Centro Cultural Brasileño de ABADÁ-Capoeira. Mi hijo/hija ha sido informado(a) sobre los reglamentos del Centro, y nosotros estamos de acuerdo en acatar con estas normas.

La calidad de miembro es dependiente en que el miembro siga las esperanzas del ACSF y que demuestre comportamiento positivo. El personal del ACSF reserva el derecho de suspender o terminar la calidad de miembro en cualquier momento si el miembro no sigue estas líneas directivas.

Firma de Padre o Madre o Guardián

Yo prometo cuidar mi propiedad, respetar el edificio, otros miembros, y el personal en todo momento.

Firma del miembro

EL FORMULARIO DEBE ESTAR COMPLETAMENTE LLENO PARA SER ELEGIBLE PARA CALIDAD DE MIEMBRO