Ciudad de Avondale Centro Comunitario Información del Participante

Unirse a nuestro programa es fácil. Simplemente llene estos formularios y usted calificará para nuestro programa de comida congregada (a la cantidad solicitada de donación), programas de ejercicio y bienestar, excursiones y otras actividades sociales. Estamos deseando tenerte como participante de nuestros programas y esperamos que disfrutes de todas nuestras actividades. Si usted tiene preguntas, sienta libre de entrarnos en contacto con en (623) 333-2705

Información del Participante			
Apellido:		Primer Nombre:	
Sexo:		Fecha de Nacimiento:	
Número de teléfono:			
Número de teléfono alternativo:			
Domicilio:			
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
¿Necesitas Transportación?		Sí	No
Alergias:			
Debió a afecciones o necesidades especiales:			
Medicaciones:			
<i>Por Favor respuestas circulo</i>			
Vivienda	Vivo Solo/a Vivo con mi pareja Vivo con otros familiares Vivo con personas no siendo familia Multi Generacional		Ingresos mensuales del hogar: _____
			Total de personas que viven en su casa: _____
Étnico	Hispano/a No soy Hispano/a o Latino/a No se		¿tiene usted una discapacidad? sí no sí, por favor explique? _____
Raza	Güero/a Nativo American Asían Moreno/a Hawaiano/a Otra Raza		Estado Casado/a Separado/a Nunca he sido Casado/a Divorciado/a Viudo/a Viviendo juntos
Contactos de Emergencia (2 Necesario)			
Primer Contacto: Nombre: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____ Número de teléfono alternativo: _____		Segundo Contacto: Nombre: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____ Número de teléfono alternativo: _____	

Encuesta nutricional: por favor, marque el número de todos los que aplican y total la puntuación en la parte inferior.

Tengo una enfermedad o condición física que ha contribuido a que cambie mi estilo de comer y la cantidad de comida que consume	2
Como menos de dos comidas diarias	3
Consumo poca cantidad de frutas, vegetales o productos lácteos	2
Tomo tres o más bebidas alcohólicas diarias (ejemplo, cerveza, vino o licor)	2
Tengo problemas con mis dientes o mi boca; que se me hace difícil comer	2
No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito	4
Como solo(a) la mayoría de las veces	1
A diario tomo tres o más medicinas diferentes con o sin prescripción medica	1
Sin quererlo, he perdido o aumentado de 10 libras de peso, en los últimos 6 meses	2
No siempre estoy físicamente apto(a) para ir de compras, cocinar o alimentarme	2
Puntuación Total	

PROGRAMA DE PARTICIPACION, TRANSPORTACION, Y EXENSION DE SALIDA

POLIZAS Y PROCEDIMIENTOS:

YO RECONOZCO QUE CUMPLIRE BAJO LAS POLIZAS Y PROCEDIMIENTOS PUESTOS POR EL CENTRO DE ADULTOS DE AVONDALE; LISTA DE LAS POLIZAS Y PROCEDIMIENTOS ESTARAN DISPONIBLE AL PEDIDO Y ALA VISTA EN EL CENTRO DE COMUNIDAD. ENTIENDO Y RECONOZCO QUE LA CIUDAD DE AVONDALE TIENE EL DERECHO SIN DAR NOTIFICACION DE MODIFICAR, CAMBIAR O TERMINAR CUALQUIER POLIZA O PROCEDIMIENTO EN EL PROGRAMA.

EXCURSIONES:

YO ENTIENDO QUE DURANTE CUALQUIER EXCURSION ACTIVA DE ADULTOS DEBERE CUMPLIR CON TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DEL ESTABLECIMIENTO, Y NO DEBERE IRME DEL SITIO SIN EL CONCENTIMIENTO DE LOS CHAPERONES, Y TENDRE QUE ESTAR ACOMPAÑADO DE OTRO PARTICIPANTE DURANTE LA EXCURSION A TODO TIEMPO.

DIVULGACION DE INFORMACION:

YO AUTORIZO AL DEPARTAMENTO DE NEIGHBORHOOD & FAMILIA SERVICIOS DE LA CIUDAD DE AVONDALE, DE RENDIR INFORMACION NECESARIA A LOS REPRESENTATES DEL DEPARTAMENTO POLICIAL EN EL CASO DE UNA INSPECCION DE BIENESTAR Y PARA AGENCIAS DE FINANCIACION COMO AREA AGENCY ON AGING PARA PROPOSITOS DE AUDITORIA.

COMUNICADO DE PRENSA:

LA CIUDAD DE AVONDALE ES PERMISIBLE (A MENOS QUE NO SEA PERMITIDO POR EL PARTICIPANTE) DE TOMAR RETRATO O GRABAR VOZ PARA USO DE UNA PUBLICACION DE TELEVISION, FILME, RADIO, O MEDIOS DE IMPRESO RELACIONADOS CON CAMPANAS PARA HACER PUBLICIDAD A LOS PROGRAMAS DE SERVICIO DE LOS DEPARTAMENTOS DE NEIGHBORHOOD & FAMILIA SERVICIOS.

CONVENIO PARA EXIMIR DE RESPONSABILIDAD:

YO, EL PARTICIPANTE BAJO FIRMANTE, POR LO PRESENTE DE ACUERDO A PARTICIPAR Y/O PERMITIR AL INDIVIDUO NOMBRADO AQUI, A PARTICIPAR EN EL ANTEDICHO PROGRAMA Y ACUERDO MAS A INDEMNIZAR Y EXIMIR RESPONSABILIDAD AL GOBIERNO DE LOS EE.UU, CIUDAD DE AVONDALE, CONDADO DE MARICOPA SUS AGENTES Y EMPLEADOS DE DANO, ACCIDENTES, DANOS CORPORALES (INCLUYENDO MUERTE) O DANOS A LA PROPIEDAD EN QUE PUEDEN SER SOMETIDOS POR EL ANTEDICHO INDIVIDUO SURGIR DE, O EN ALGUN MODO CONECTADO CON LA PARTICIPACION DE LA ACTIVIDAD.

Firma de Miembro: _____ Fecha: _____