

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN – CENTRO DE ADULTOS

Por medio de este documento solicito autorización a la Ciudad de Hialeah para participar en el programa o evento patrocinado o aprobado por el Departamento de Educación y Servicios Comunitarios de la Ciudad de Hialeah y para viajar como pasajero en un vehículo de Hialeah Housing Authority de la Ciudad de Hialeah y/o de Little Havana Activities & Nutrition Center of Dade County, Inc.

Si mi solicitud es aceptada, por el presente documento me comprometo a obedecer, en todo momento, todas las instrucciones, órdenes y directrices que se me impartan. Soy plenamente consciente de que aunque Hialeah Housing Authority de la Ciudad de Hialeah y/o Little Havana Activities & Nutrition Center of Dade County, Inc., toman las precauciones para mantener condiciones seguras, existe el peligro de daños o lesiones físicas. No obstante, en forma libre y voluntaria acepto estos riesgos.

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Anos \_\_\_\_\_ Hombre:  Mujer:

Teléfono Residencia: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_  Residente Ciudad de Hialeah  No Residente

Origen:  Hispánico  Haitiano  Otro, por favor, especifique \_\_\_\_\_ Jefe de hogar un: Hombre:  o Mujer:

Raza:  Nativo Americano / Nativo de Alaska  Asiático Negro / Afroamericano  Originario de las islas del Pacífico  Blanco  Otro, por favor explique \_\_\_\_\_

¿Habla usted Inglés?  Si o  No

Número de personas en su hogar incluyendo usted mismo: \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su ingreso familiar anual? \_\_\_\_\_

Indique a continuación en qué centro se está inscribiendo:  Goodlet Adult  Villa Aida Adult  Wilde Community Center

**Lista de Contactos en Caso de Emergencia**

Nombre	Relación	Teléfono Residencia	Teléfono Móvil
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____

¿Tiene una condición médica documentada o una discapacidad documentada?  Si  No En caso afirmativo, especifique \_\_\_\_\_ Medicamentos Especiales? \_\_\_\_\_

Por favor marque en qué programas está participando actualmente:

- |   |                                       |   |  |  |
|---|---------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Programa Almuerzos Calientes | <input type="checkbox"/> ESOL         | <input type="checkbox"/> Actividades sociales | <input type="checkbox"/> Bingo           | <input type="checkbox"/> Ciudadanía        |
| <input type="checkbox"/> Computadoras                 | <input type="checkbox"/> Cerámica     | <input type="checkbox"/> Pintura              | <input type="checkbox"/> Dibujo          | <input type="checkbox"/> Ejercicio/ ZUMBA  |
| <input type="checkbox"/> Tejido de Punto              | <input type="checkbox"/> Croché       | <input type="checkbox"/> Canvas Plástica      | <input type="checkbox"/> Papel Pergamino | <input type="checkbox"/> Decoupage         |
| <input type="checkbox"/> Porcelana en Frío            | <input type="checkbox"/> Manualidades | <input type="checkbox"/> Costura              | <input type="checkbox"/> Joyería         | <input type="checkbox"/> Álbum de Recortes |
| <input type="checkbox"/> Domino                       | <input type="checkbox"/> Billar       | <input type="checkbox"/> Otro _____           |  |  |

## EXONERACIÓN, RENUNCIA A RECLAMACIONES Y ACUERDO PARA NO DEMANDAR

Considerando que se me permite participar en el programa o evento patrocinado o aprobado por Departamento de Educación y Servicios Comunitarios de la Ciudad de Hialeah y viajar como pasajero en un vehículo de Hialeah Housing Authority de la Ciudad de Hialeah y/o de Little Havana Activities & Nutrition Center of Dade County, Inc., yo, a nombre propio y de mis representantes personales, herederos, parientes y personas designadas, por el presente documento acepto lo siguiente:

**RENUNCIA A TODA CLASE DE RECLAMACIONES:** Yo, el abajo firmante, por el presente documento renuncio a demandar y exoneró perdurablemente a Hialeah Housing Authority de la Ciudad de Hialeah y/o a Little Havana Activities & Nutrition Center of Dade County, Inc., a sus Funcionarios, Agentes, Empleados, Voluntarios y a sus sucesores y personas designadas (todas las cuales constituyen las partes exoneradas) de todo tipo de responsabilidades, reclamaciones, acciones legales, daños, costos o gastos que el participante pueda tener contra las partes exoneradas como consecuencia de o de alguna manera relacionadas con la participación en el programa o evento patrocinado o aprobado por el Departamento de Educación y Servicios Comunitarios de la Ciudad de Hialeah y con el viaje como pasajero en un vehículo de Hialeah Housing Authority de la Ciudad de Hialeah y/o de Little Havana Activities & Nutrition Center of Dade County, Inc., incluyendo lesiones o daños a la persona o la propiedad, o que ocasionen el fallecimiento del participante, ya sea por **NEGLIGENCIA** de las partes exoneradas o por otro motivo. Además, doy permiso para ser filmado o fotografiado en tal evento/programa para su uso de publicidad del evento/programa.

Nombre (Letra de Imprenta) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

TO BE COMPLETED BY ADULT CENTER DIRECTOR

Reviewed: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

