

Cornerstone

Adult Application

Valid July 1, 2015 - June 30, 2016

Aplicación de Adultos

Valida 1 de Julio 2015 hasta el 30 de Junio 2016

Name: _____

SITE: _____

A Program of



Coalition for Hispanic Family Services
Building Strong Communities One Family at a Time

www.HispanicFamilyServicesNY.org

NYC
Department of
Youth & Community
Development

Cornerstone

FOR OFFICE USE ONLY
SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA

DATE: _____ ACCEPTED BY: _____ DYCD #: _____

ADULT CLASS OPTIONS:

- ESL
- FITNESS
- COMPUTER LITERACY
- GARDENING
- OTHER: _____

A Program of



Coalition for Hispanic Family Services
Building Strong Communities One Family at a Time

www.HispanicFamilyServicesNY.org

NYC
Department of
Youth & Community
Development

4 ADULT ENROLLMENT FORM

(For Use by enrollees 18 years and older)

Organization: _____

Intake Specialist/Staff: _____ Date: _____

Last Name	First Name
Home Address	Apartment Number
City	State
Zip Code	Borough
Home Phone	Cell Phone
High School Attending	Email
Gender <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> No Response	Date of Birth
Ethnicity <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> No Response	
Race <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> No Response	
Country of Origin	Primary Language

EMERGENCY CONTACTS. If there is an emergency, please contact the following individuals:

NAME	Relationship to Participant:
Address	Write down all numbers and circle the best number to call in case of an emergency:
Apartment	<input type="checkbox"/> Home _____
City, State	<input type="checkbox"/> Cell _____
Zip Code	<input type="checkbox"/> Work _____
	Contact

NAME	Relationship to Participant:
Address	Write down all numbers and circle the best number to call in case of an emergency:
Apartment	<input type="checkbox"/> Home _____
City, State	<input type="checkbox"/> Cell _____
Zip Code	<input type="checkbox"/> Work _____
	Contact

Please share any allergies or health issues we should be aware of in case of emergency: _____

I, the undersigned, certify that all information on this form is true and correct. I understand that my statements are subject to verification. I accept and agree to abide by all applicable rules and regulations of the program.

Applicant Signature _____

Date _____

Intake Officer Signature _____

Date _____

Adul Enrolliemente



Department of
Youth & Community
Development

Apellido	Nombre
Dirección del hogar	Número de apartamento
Ciudad	Estado
Código postal	Distrito
Teléfono del hogar	Teléfono celular
Escuela Atendían	Fecha de nacimiento
Sexo <input type="checkbox"/> Fémale <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> No Response	
Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No Hispano o latino <input type="checkbox"/> No Responde	
Raza <input type="checkbox"/> Nativo de América del Norte o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái /de la Polinesia <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No responde	
País de origen	Primer idioma

CONTACTOS DE EMERGENCIA: Si hay una emergencia, por favor contacte a los siguientes individuos:

NAME	Relación con el participante:
Dirección del hogar	Escriba todos los teléfonos y señale la mejor opción para llamar en caso de emergencia: <input type="checkbox"/> Hogar _____ <input type="checkbox"/> Celular _____ <input type="checkbox"/> Trabajo _____ <input type="checkbox"/> Correo electrónico _____
Número de apartamento	
City, State	
Código postal	
	Contacto: <input type="checkbox"/> Hogar _____ <input type="checkbox"/> Celular _____ <input type="checkbox"/> Trabajo _____ <input type="checkbox"/> Correo electrónico _____

Por favor comparta cualquier alergia o problemas de salud debemos ser conscientes de en caso de emergencia:

El abajo firmante, certifico que toda la información en este formulario es verdadera y correcta. Entiendo que mis afirmaciones están sujetos a verificación. Acepto y acatar todas las normas aplicables y reglamentos del programa.

Solicitante _____

Fecha _____

Especialista/Personal de inscripciones _____

Fecha _____

PROGRAMA CORNERSTONE

Photo/Video & Fitness Liability Waiver

I certify that I understand that Beacon and Coalition for Hispanic Family Services staff, as well as photographers, newspaper and television reporters, media representatives and public relations personnel may photograph, or record those who participate in these activities and events, and the resulting images, videos, and interviews may be used to promote the programs.

Therefore, I give permission for my likeness to be photographed, interviewed or otherwise recorded and the resulting images and text may be used by Beacon and/or Coalition for Hispanic Family Services or DYCD in any medium, whether now or hereafter.

Signature of Adult Participant: _____ Date: _____

I do not give permission for photographs, other recordings or interviews to be used by the program or DYCD in any publication. As a result, I may not be able to participate in events and group activities that may be used for publication purposes.

Signature of Adult Participant: _____ Date: _____

I agree to assume full responsibility for any risks, injuries or damages, known or unknown, which I might incur as a result of participating in the program. In addition, I am physically fit to exercise and have obtained any necessary medical clearance from my physician prior. In the event that I am injured in any way or suffer any medical condition as a result, on behalf of myself, my heirs, agents or assigns, I hereby waive any claims, demands or cause of action and release from any liability whatsoever, from the City of New York, DYCD, Beacon, the Coalition for Hispanic Family Services and the Department of Education.

Signature of Adult Participant: _____ Date: _____

Exención de Responsabilidad para Foto / Video y Estado Físico

Certifico que entiendo que Hope Gardens y la Coalición de Servicios para Familia Hispanas, así como fotógrafos, reporteros de periódicos y televisión, los representantes de medios de comunicación y relaciones públicas personal puede fotografiar o grabar los que participan en estas actividades y eventos, y la resultante imágenes, videos y entrevistas pueden ser utilizados para promover los programas.

Por lo tanto, le doy permiso para que mi imagen sea fotografiado, entrevistado o no registrado y las imágenes y el texto resultante se puede usar por Hope Gardens y / o la Coalición de Servicios para Familia Hispanas o DYCD en cualquier medio, ya sea ahora o en el futuro.

Firma del Participante Adulto: _____ Fecha: _____

Yo NO DOY autorización para ser fotografiado, entrevistado, o grabado en ninguna actividad del programa que puedan ser usada en alguna publicación. Como resultado, no podre participar en eventos o actividades que sean específicamente utilizadas para hacer publicaciones.

Firma del Participante Adulto: _____ Fecha: _____

Estoy de acuerdo en asumir la plena responsabilidad por los riesgos, lesiones o daños, conocidos o desconocidos, que podría incurrir como resultado de su participación en el programa. Además, estoy en buena forma física para hacer ejercicio y he obtenido ninguna autorización médica necesaria de mi médico antes. En el caso de que me lesiono en cualquier forma o sufrir alguna condición médica, como resultado, en nombre de mí mismo, mis herederos, agentes o encargados, por la presente renuncio a cualquier reclamación, demanda o causa de acción y libero de toda responsabilidad, desde la Ciudad de Nueva York, DYCD, Hope Gardens, la Coalición de Servicios para Familia Hispanas y el Departamento de Educación.

Firma del Participante Adulto: _____ Fecha: _____



Rules and Regulations

The management at this community center strives to provide a safe and communal experience for all its participants. With that in mind, participants must abide by the following guidelines:

1. Participants must submit a completed application with proof of residence (BEACON only) prior to participating.
2. All participants are required to enter and exit the facility through the designated doors.
3. Participants must sign-in daily and must sign out as well. Participants may only sign-in for the current day.
4. Participants must wear appropriate clothing and shoes. All hats (except those used for religious purposes) must be removed upon entering.
5. Students must refrain from inappropriate interactions.
6. Children receiving childcare must be 5 years old or older.
7. Foul language and fighting is strictly prohibited. Individuals caught fighting may have their privileges revoked.
8. Eating is only allowed in designated areas and times. No candy, gum, or seeds.
9. Littering is not permitted in or around the center. All garbage and recyclables must be placed in their proper containers. Vandalism is strictly prohibited.
10. Participants are encouraged to leave all electronic devices and valuables at home. We are not responsible for lost or stolen items.
11. No weapons of any sort are permitted.
12. No alcohol, cigarettes, or controlled substances are permitted on or around the premises.
13. Theft is subject to criminal prosecution and revocation of community center privileges.
14. All fitness and game equipment, such as mats, weights, and controllers, must be used with care.
15. Videotaping and/ or recording of participants activities is not permitted.

I understand the Community Center Rules and Regulations and I acknowledge that failure to obey these rules may termination from the community center.

Print Name: _____

Participant's Signature: _____ Date: _____



Reglas y Regulaciones

La administración en este centro comunitario intenta proveer una experiencia segura y comunitaria para todos los participantes. Con esto en mente, los participantes deben acatar las siguientes reglas:

1. Cada aspirante debe completar una aplicación con prueba de dirección antes de participar en alguna actividad.
2. Todos los participantes deben entrar y salir por las puertas designadas.
3. Los participantes deben registrarse diariamente y no pueden salir sin firmar otra vez. Solo se puede firmar por el día actual.
4. Los estudiantes deben llevar ropa y zapatos apropiados. Toda clase de gorros (salvo aquellos con fines religiosos) deben ser quitados antes de entrar al centro comunitario.
5. Los estudiantes deben refrenarse de tocar de maneras inapropiadas.
6. Para el servicio de guardería infantil, los niños deben tener más que 4 años y tener fichada una aplicación completa.
7. El uso de lenguaje soez y pelear esta estrictamente prohibido. Los individuos que peleen pueden ser revocados de sus privilegios.
8. Solo se permite comer en áreas y tiempos designados. No se pueden traer dulces, chicles, ni semillas al centro comunitario.
9. No es permitido ensuciar el centro o sus alrededores. Se debe botar basura y reciclaje en recipientes adecuados.
10. No se puede usar dispositivos electrónicos durante las clases.
11. Armas de fuego, cuchillos, navajas, y otras armas no están permitidos.
12. No somos responsables por artículos perdidos o robados. Recomendamos fuertemente que no se lleven artículos de valor al edificio.
13. No alcohol, cigarrillos, o sustancias controladas están permitidos en el centro o sus alrededores.
14. No se tolera el robo. El robo es sujeto a la persecución penal y a la revocación de privilegios del centro.
15. Se debe usar cuidadosamente todo el equipo de ejercicio, tal como estera, pesas, y dispositivos de juego.
16. Se prohíbe estrictamente el vandalismo.
17. Grabar o filmar actividades y participantes no esta permitido.

Yo entiendo las Reglas y Regulaciones del Centro Comunitario y reconozco que la desobediencia de estas reglas puede resultar en suspensión o terminación del centro comunitario.

Nombre y Apellido en Imprenta: _____

Firma del Participante: _____ Fecha: _____