THE Jones CENTER

HOUSEHOLD # _____
(solo para uso interno)

SOLICITUD DE MEMBRECIA

EL JONES CENTER TOMARA EN CONSIDERCION A TODOS LOS SOLICITANTES SIN IMPORTAR RAZA, RELIGION, COLOR, SEXO, EDAD, NACIONALIDAD DE ORIGEN, DISCAPACIDAD O CUALQUIER OTRO ESTATUS PROTEGIDO. SIN EMBARGO, SIGUIENDO EL LEMA DE LA SRA. BERNICE JONES; "TODOS QUIENES SE COMPORTEN COMO DAMAS Y CABALLEROS SON BIENVENIDOS", EL JONES CENTER SE RESERVA EL DERECHO DE EXCLUIR USUARIOS QUIENES SE COMPORTEN DE UNA MANERA QUE CONSIDERE INAPROPIADA. LAS CUOTAS POR MEMBRECIA NO SON REEMBOLSABLES NI TRANSFERIBLES.

MEMBRECIA INDIVIDUAL

- ☐ FITNESS/Adulto - $8/mes o $90/año
- ☐ FITNESS/Niño(a) (edad 0-17) - $35/año
- ☐ FITNESS Personas de la tercera edad (65+) - $7/mes o $80/año
- ☐ SILVER SNEAKERS (si es aplicable) _____
- ☐ TODO ACCESO/Adulto - $17/month o $200/year
- ☐ TODO ACCESO/Niño(a) (edad 0-17) - $11/mes o $125/año
- ☐ TODO ACCESO Personas de la tercera edad (65+) - $12.50/mes o $150/año

MEMBRECIA POR FAMILIA

- ☐ FITNESS - $16/mes o $180/año
- ☐ FITNESS Personas de la tercera edad (65+) - $9.50/mes o $110/año
- ☐ TODO ACCESO - $25/mes o $300/año
- ☐ TODO ACCESO Personas de la tercera edad (65+) - $21/mes o $250/año

Una membrecía del gimnasio incluye acceso ilimitado al gimnasio, pista para caminar y clases de ejercicio. Una membresía de Acceso-Total le permite acceso a todos los servicios del gimnasio y clases de ejercicio, además de acceso ilimitado a nuestras piscinas y pista de patinaje sobre hielo (durante las sesiones públicas) **Tenga en cuenta que hay un cargo no reembolsable de $ 10 por iniciación de la facturación mensual.** ***UTILICE ÚNICAMENTE TINTA AZUL O NEGRA.*** **La membresía no es reembolsable e intransferible a menos que se realicen actualizaciones.**

MIEMBRO PRINCIPAL (mayor de 18)

Nombre _____ Número telefónico _____
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

Dirección _____ No. telefónico secundario _____
NO. CALLE APT

_____ Fecha de nacimiento _____
CIUDAD ESTADO C.P. MES/DIA/AÑO

☐ hispano(a)/latino(a) ☐ blanco(a) (no hispano(a) ☐ de raza negra/afroamericano(a) ☐ Hombre

☐ hawaiano(a)/de las Islas del Pacífico ☐ oriental ☐ indígena norteamericano(a)/ indígena de Alaska ☐ Mujer

correo electrónico_____ Programa de bienestar Corporativo (si es aplicable)

Lugar de empleo_____ ☐ Oro ☐ Plata ☐ Bronce

En caso de enfermedad o lesión, El Jones Center está autorizado en procurar tratamiento médico de emergencia a cuenta del miembro. Proporcione los datos de la persona a quien podemos contactar en caso de una emergencia:

Nombre _____ Parentesco _____ Número telefónico_____

Total del ingreso anual por hogar (incluya: Seguro Social, Manuntención de menores, Pensión alimenticia, Pensiones)

☐ menos de $24,000 ☐ de $24,001 a $48,000 ☐ de $48,001 a $60,000 ☐ de $60,001 a $80,000
☐ más de $80,000 ☐ Solicitud de Beca (Se requiere verificación)

ACUERDO DE SUPRESIÓN

Entiendo que el uso de las instalaciones y equipos del Jones Center puede implicar riesgo de daños a la propiedad o lesiones corporales, incluyendo, pero no limitado a, los miembros rotos, parálisis, conmoción cerebral, ahogamiento, o incluso la muerte, y en consideraciones a mi uso de la instalación yo, mis herederos, representantes, ejecutores, administradores, y asigna POR ESTE MEDIO, indemnizar y mantener indemne a los del Jones Center, sus directores, empleados, voluntarios y participantes de cualquier curso de acción, reclamo, o demanda, incluyendo, pero no limitado a , negligencia, lesiones personales, daños a la propiedad, la muerte o un accidente de cualquier tipo, que surja de o en cualquier relación con el uso de las instalaciones del Jones Center. Reconozco que mi uso del Jones center es completamente voluntario, y asumiendo todo el riesgo que viene con el uso de la instalación, ya que he leído este acuerdo en su totalidad.

Fecha _____ Firma _____

TÉRMINOS DE LA MEMBRESÍA

+ Entiendo que los miembros pueden ser fotografiados por la posibilidad de ser utilizado para la publicidad y le doy los derechos exclusivos de estas fotos al Jones Center y renuncio a todos los reclamos de indemnización por el uso.
+ Pagos de membresía mensuales se basan en un contrato anual.
+ Un niño debe tener 12 años o más para el uso del equipo del gimnasio y 16 años o más para el uso sin supervisión de los padres.
+ La membresía no es reembolsable y un mínimo de 12 meses. La facturación es continua. El coordinador de la membresía debe ser notificado antes del 15 del mes anterior para cancelar su membresía

MEMBRECIA POR FAMILIA: Los miembros de la familia deben estar en su declaración de impuestos del miembro principal

MIEMBRO SECUNDARIO (mayor de 18)

Nombre _____ Número telefónico _____
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

Dirección _____ No. telefónico secundario _____
NO. CALLE APT

_____ Fecha de nacimiento _____
CIUDAD ESTADO C.P. MES/DIA/AÑO

☐ hispano(a)/latino(a) ☐ blanco(a) (no hispano(a) ☐ de raza negra/afroamericano(a)

☐ hawaiano(a)/de las Islas del Pacífico ☐ oriental ☐ indígena norteamericano(a)/ indígena de Alaska

☐ Hombre

☐ Mujer

correo electrónico _____ Lugar de empleo_____

NIÑOS

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
MES/DIA/AÑO

☐ hispano(a)/latino(a) ☐ blanco(a) (no hispano(a) ☐ de raza negra/afroamericano(a)

☐ hawaiano(a)/de las Islas del Pacífico ☐ oriental ☐ indígena norteamericano(a)/ indígena de Alaska

¿Reúne este niño(a) los requisitos para el programa de almuerzo gratuito o a precio reducido? ☐ Sí ☐ No

¿Participa este niño(a) en el programa AR kids? ☐ Sí ☐ No

Escuela _____ ☐ Niño ☐ Niña

NIÑOS

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
MES/DIA/AÑO

☐ hispano(a)/latino(a) ☐ blanco(a) (no hispano(a) ☐ de raza negra/afroamericano(a)

☐ hawaiano(a)/de las Islas del Pacífico ☐ oriental ☐ indígena norteamericano(a)/ indígena de Alaska

¿Reúne este niño(a) los requisitos para el programa de almuerzo gratuito o a precio reducido? ☐ Sí ☐ No

¿Participa este niño(a) en el programa AR kids? ☐ Sí ☐ No

Escuela _____ ☐ Niño ☐ Niña

NIÑOS

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
MES/DIA/AÑO

☐ hispano(a)/latino(a) ☐ blanco(a) (no hispano(a) ☐ de raza negra/afroamericano(a)

☐ hawaiano(a)/de las Islas del Pacífico ☐ oriental ☐ indígena norteamericano(a)/ indígena de Alaska

¿Reúne este niño(a) los requisitos para el programa de almuerzo gratuito o a precio reducido? ☐ Sí ☐ No

¿Participa este niño(a) en el programa AR kids? ☐ Sí ☐ No

Escuela _____ ☐ Niño ☐ Niña