

KEYPORT SENIOR CENTER – PARTICIPANT REGISTRATION FORM (2024 2025 2026 2027 2028)

110² ND STREET - KEYPORT, NEW JERSEY 07735 - Teléfono: 732-264-4916 Fax: 732-264-8552

(FOR OFFICE USE ONLY) (ORIGINAL DATE OF MEMBERSHIP) MONTH / DAY / YEAR ____/____/____		DIRECTOR/STAFF ____/____		MEMBERSHIP RESIDENT _____ NON-RESIDENT _____	
EMAIL: 					
APPELLIDO		NOMBRE		INICIAL	GÉNERO: IDENTIDAD DE GÉNERO: H – HOMBRE H - HOMBRE M – MUJER M- MUJER
DIRECCIÓN				APTO.# / PISO	FECHA DE NACIMIENTO
CIUDAD		ESTADO NJ	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO DE LA CASA	NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR
ESTADO CIVIL 1. Casado 2. Nunca se casó 3. Viudo/Viuda 4. Soltero/Soltera		RAZA/ETNICIDAD 1. Blanco 5. Indio 2. Negro 6. Otro 3. Hispano 7. Desconocido 4. Asiático		NIVEL DE INGRESOS INDIVIDUALES 1. Menos de \$14,580(LI) 2. \$16,038 (110%) 3. \$18,225 (125%) 4. \$21,870 (150%) 5. \$25,515 (175%)	
PRUEBA DE RESIDENCIA: (POR FAVOR, MARQUE UNO) 1) FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS 2) LICENCIA 3) EXTRACTO BANCARIO 4) OTRO _____				FRÁGIL/DISCAPACITADO : S = SÍ N = NO D= DESCONOCIDO VULNERABLE/AISLADO: S= SÍ N= NO D= DESCONOCIDO	
POR DEBAJO DE LA POBREZA: S = SÍ N = NO D = DESCONOCIDO		VIVE CON: (Marque con un círculo todo lo que corresponda) 1. Solo 2. Cónyuge solamente 3. Cónyuge y otros 4. Parentela 5. Sin Parentela 6. No disponible		NÚMERO EN EL HOGAR (ingrese 0 si se desconoce)	ES EL IDIOMA PRINCIPAL INGLÉS: SÍ/NO Si la respuesta es "no", ¿en qué idioma??

<u>LIMITACIONES FUNCIONALES</u> (Marque con un círculo todo lo que corresponda) 1. Ninguna 2. Caminar 3. Vista 4. Discurso 5. Oído 6. Desconocido 7. Otro	<u>DISPOSITIVOS PROTÉSICOS</u> (Marque con un círculo todo lo que corresponda) 1. Ninguna 2. Audífono 3. Dentaduras postizas 4. Andador/Bastón 5. Silla de ruedas 6. Gafas 7. Otros	<u>TRANSPORTE PRIMARIO</u> 1. Coche propio 2. Transportacion Publica 3.Ttransporte para personas mayores 4. Familiar/Amigo 5. Otro 6. Desconocido
		<u>NÚMERO DE HIJOS VIVOS:</u>
<u>MENORES DE 60 AÑOS - MIEMBRO COMO:</u> 1. Cónyuge 2. Discapacitado 3. Voluntario 4. Empleado 5. Huésped 6. Desconocido	<u>INSCRIPCIÓN/DERECHOS</u> (Marque con un círculo todo lo que corresponda) 1. Medicaid 2. Medicare 3. Seguridad Social 4. SSI 5. Cupones de alimentos 6. Pensión de Veterano 7. Seguro de Salud privado 8. Otro	<u>FUENTE DE REFERENCIA:</u> 1. Yo mismo 2. Agencia Pública 3. Familiar/Amigo/Vecino 4. Boletín/Otros 5. Desconocido 6. Facebook
<u>Tarifa de NO RESIDENTE por año \$100</u> <u>FECHA DE PAGO:</u> 2024__2025__2026__2027__2028 <u>POR FAVOR, HAGA EL CHEQUE</u> <u>PAGADERO AL MUNICIPIO DE KEYPORT</u>	Yo, _____ por la presente autorizo a Keyport Senior Center a divulgar la información en el formulario adjunto a la Oficina de Envejecimiento del Condado de Monmouth. Entiendo que la información se utilizará únicamente con el fin de preparar informes estadísticos y no se divulgará a agencias, organizaciones y/o individuos sin mi conocimiento y consentimiento. Esta autorización permanece en vigor indefinidamente a menos que sea cancelada expresamente por mí.	

CENTRO PARA PERSONAS MAYORES DE KEYPORT

110²ND STREET

Keyport, Nueva Jersey 07735

Teléfono: 732-264-4916 Fax: 732-264-8552

Correo electrónico: Madeline Costello- mcostello@keyportonline.com

Sofie Clark- sclark@keyportonline.com

FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL

NOMBRE: _____

MÉDICO/CLÍNICA: _____ **TELÉFONO:** _____

NOMBRE DEL SEGURO: _____

HOSPITAL PREFERIDO: _____

ALERGIAS: _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS: _____

MEDICAMENTOS: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO: Doy mi consentimiento al Médico y al Hospital para hacer lo que se considere necesario para garantizar la seguridad de la persona nombrada anteriormente _____ (Inicial)

¿Hay algo especial sobre su estado de salud que debemos saber? (Por ejemplo, ¿es usted diabético o tiene un problema cardíaco o pulmonar?)

EN CASO DE EMERGENCIA, LLAME A:

NOMBRE: _____

NOMBRE: _____

TELÉFONO DURANTE EL DIA: _____

TELÉFONO DURANTE EL DIA: _____

TELÉFONO DE LA NOCHE: _____

TELÉFONO DE LA NOCHE: _____

TELÉFONO CELULAR: _____

TELÉFONO CELLULAR: _____

RELACIÓN: _____

RELACIÓN: _____

CENTRO PARA PERSONAS MAYORES DE KEYPORT

110^{2ND} STREET

Keyport, Nueva Jersey 07735

Teléfono: 732-264-4916 Fax: 732-264-8552

APELLIDO: _____ **NOMBRE:** _____ **FECHA:** _____

FICHA INFORMATIVA

1. ¿QUÉ TE INTERESA?

EJEMPLOS: CARTAS, BAILE, JUEGOS, VIAJES, ARTE, GRUPOS DE DISCUSIÓN, EJERCICIO, CORO, ETC.

2. ¿EN QUÉ PROGRAMAS PARTICIPARÁS?

3. ¿TE GUSTARÍA SER VOLUNTARIO? _____

4. ¿CUÁL ERA SU OCUPACIÓN?

5. ¿TIENES PASATIEMPOS/HABILIDADES?

6. ¿NECESITAS TRANSPORTE? _____

7. ¿TIENE ALGUNA LIMITACIÓN: _____

NOTA: Ocasionalmente tomamos fotos y videos en nuestro centro para personas mayores para su uso en los medios de comunicación. Por la presente otorgo el derecho irrevocable y la autorización para hacer uso de mi foto en cualquier medio y de la manera que el Centro Para Personas Mayores De Keyport pueda elegir. Informaré al Centro si no participo o ya no deseo participar.

Inicial: _____ Fecha: _____

732-264-4916/correo electrónico: keyortseniorcenter@keyportonline.com

CENTRO PARA PERSONAS MAYORES DE KEYPORT

1102 ND STREET, Keyport, Nueva Jersey 07735

Teléfono: 732-264-4916 Fax: 732-264-8552

Correo electrónico: Madeline Costello- mcostello@keyportonline.com Sofie Clark-
sclark@keyportonline.com

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA

Por la presente libero, renuncio y acepto eximir de responsabilidad al Municipio de Keyport, sus empleados, contratistas, asociados, departamentos u otras entidades o personas que lo representen, con respecto a cualquier accidente, enfermedad o lesión personal que pueda sufrir, que pueda resultar de mi participación en cualquier actividad o programa que se enumera a continuación ofrecido por el Municipio de Keyport. Soy consciente de que es mi responsabilidad consultar con mi médico antes de comenzar cualquier tipo de actividad ofrecida por el municipio de Keyport. El municipio de Keyport me ha informado que se recomienda encarecidamente la aprobación de un médico antes de comenzar cualquier programa de ejercicios que ofrece el Centro para Personas Mayores de Keyport. Reconozco que no tengo ninguna condición mental o física que pueda comprometer mi capacidad para participar en las actividades que no han sido reveladas al Municipio de Keyport y soy totalmente capaz de participar en estas actividades sin causarme daño a mí mismo o a otros.

POR FAVOR, MARQUE CADA PROGRAMA AL QUE ASISTIRÁ:

☐ DESALLORANDO FUERZA

☐ EJERCICIO SUAVE

☐ GRUPO LATINO

☐ CUERPOS EN MOVIMIENTO

☐ FUERZA SUAVE

☐ ZUMBA

☐ YOGA EN SILLA

☐ BASICO BAILE EN LÍNEA

☐ TENIS DE MESA

☐ WII BOLOS

☐ BAILE EN LÍNEA AVANZADO

☐ TAI CHI

☐ VOLEIBOL DE SILLA

☐ OTRO (ESPECIFIQUE)-_____

AL FIRMAR Y FECHAR ESTE DOCUMENTO, RECONOZCO QUE HE LEÍDO CUIDADOSAMENTE, FIRMADO VOLUNTARIAMENTE ESTE DOCUMENTO Y ENTENDIDO LA INFORMACIÓN ANTERIOR.

NOMBRE _____ FECHA _____

POLÍTICAS DE VIAJES Y FIESTAS

(Tenga en cuenta que, a partir de enero de 2023, todos los QUE NO SON MIEMBROS deben pagar \$ 5.00 adicionales en todos los viajes y fiestas)

REEMBOLSOS:

Para recibir un reembolso, debe conservar sus recibos **originales** (COPIA BLANCA) del viaje/fiesta. Si no recibe un recibo, ¡pídale! **Para recibir un reembolso, debe traer su recibo original a la oficina**. Tenga en cuenta: tiene derecho a un reembolso si cancela un viaje / grupo **antes de la fecha de vencimiento final y dentro de las 6-8 semanas posteriores al viaje o perderá su dinero.**

El Municipio le enviará un reembolso por correo

Si no puede asistir a un viaje/fiesta, llame al **Centro de inmediato**. Alguien puede estar en una lista de espera y puede estar encantado de ocupar su lugar, en cuyo caso, ¡recibirá un reembolso! Por favor, **no dé ni venda** su asiento/boleto por su cuenta, consulte primero con la oficina del Centro.

TRANSFERENCIAS: Podemos transferir fondos una sola vez de un viaje a otro. Podemos hacer una transferencia si nosotros (El Centro) tenemos que cancelar el viaje, en cuyo caso transferiremos sus fondos a otro viaje o grupo o le reembolsaremos su dinero.

TIEMPO DE VIAJE: Todo el tiempo de regreso para viajes / grupos es aproximado debido al clima y / o las condiciones del tráfico.

RECOGIDA DEL VIAJE: Recogemos en el estacionamiento municipal de bomberos en West Front Street, Bethany Manor 500 Broad Street y The Keyport Oyster Bay Apartments 50 Beers Street para todos nuestros **viajes en autobús chárter**. **Siempre informe al personal dónde planea recoger el autobús**

POLÍTICAS DEL PARTIDO

RECOGIDA DE VIAJES AL CLUB DE TEATRO: Puede estacionar en el estacionamiento del Centro para Personas Mayores de Keyport.

RESERVAS DE MESAS DE GRUPO:

Si quieres reservar una mesa para una fiesta, por favor llene nuestro formulario de reserva de mesa. ***Nadie puede reservar un asiento a menos que haya pagado.** * Es responsabilidad de la persona que **envía la lista de reserva** asegurarse de que todas las partes hayan **pagado**, o el formulario **de mesa** no será aceptado. Por lo general, **hay 8, 10 o 12 personas en una mesa.**

POR FAVOR, CONSERVE ESTA PÁGINA PARA SU INFORMACIÓN