



EAST OAKLAND SENIOR CENTER

9255 Edes Avenue ▪ Oakland, CA ▪ 94603

Tel: (510) 615-5731

Website: <https://www.oaklandca.gov/topics/east-oakland-senior-center>

**** Solo para uso de Oficina****

ID# de tarjeta escaneado:

Fecha de Expiración:

REGISTRO DE MIEMBROS - \$12.00 CUOTA ANUAL

Toda la información proporcionada es confidencial y se utiliza únicamente para la comunicación de los miembros o en caso de emergencia

<input type="checkbox"/> INFORMACIÓN PERSONAL (POR FAVOR IMPRIMA)				
Primer Nombre		Segundo	Apellido	
¿Tiene un nombre diferente que prefiere usar?				
Domicilio:		Apt #	Ciudad	Estado Código postal
Número de teléfono de casa: ()		Teléfono celular: ()		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):
Correo electrónico:				
1er contacto de emergencia		2º contacto de emergencia		
Nombre:		Nombre:		
Relación:	Teléfono:	Relación:	Teléfono:	
Nombre del médico:	Teléfono:	Hospital:		
¿Tiene alguna necesidad funcional o de acceso? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, por favor informe:		¿Necesita una adaptación para una discapacidad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, por favor informe:		
DEMOGRAFÍA: <i>Se utiliza únicamente para la presentación de informes estadísticos</i>				
Origen étnico	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino/a/x	<input type="checkbox"/> No Hispano/Latino/a/x	<input type="checkbox"/> No se	
Raza/Origen: Marque todas las que corresponda				
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Blanco		<input type="checkbox"/> Declino declarar
<input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico		
<input type="checkbox"/> Afroestadounidense o negro		<input type="checkbox"/> Otro _____		
Género	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Transgénero	<input type="checkbox"/> No binario	
	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Genderqueer	<input type="checkbox"/> Declino declarar	<input type="checkbox"/> Otro: _____
Ingresos Anuales <input type="checkbox"/> \$0-25k <input type="checkbox"/> \$26k-35k <input type="checkbox"/> \$36k-45k <input type="checkbox"/> \$46k-60k <input type="checkbox"/> \$61k-75k <input type="checkbox"/> \$76k-90k <input type="checkbox"/> \$90k plus				
¿RECIBE MEDI-CAL? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿RECIBE MEDICARE? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
OPORTUNIDADES DE VOLUNTARIADO				
¿Le interesa ser voluntario en el Centro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Interés: <input type="checkbox"/> Eventos especiales <input type="checkbox"/> Programa del almuerzo <input type="checkbox"/> Recepción				
INFORMACIÓN DE MEMBRESÍA				
SOLO PARA USO DE OFICINA				
Step 1: Costs		Paso 2: Opciones de pago		
Membresía	\$ 12.00	<input type="checkbox"/> ChequeCajero/Giropostal#: _____		
Donación	\$	Haga el pago a: Ciudad de Oakland		
Total	\$	<input type="checkbox"/> Credit Card: <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> Master		
FIRMA DEL MIEMBRO:			FECHA:	