401-766-3734
84 Social St. Woonsocket, RI 02895

AGING WELL INC.

FECHA:

SITIO DE COMIDAS:

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre completo

Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___

Estado civil ☐ Casado/a ☐ Soltero/a ☐ Viudo/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a

Género ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ No binario ☐ Prefiero no decirlo

Dirección de residencia

Ciudad

Código postal

Número de teléfono

Correo electrónico

¿Vive solo/a? ☐ Sí ☐ No

¿Se considera de bajos ingresos? ☐ Sí ☐ No

¿Cuál es su estatus como veterano/a? ☐ Veterano/a ☐ Cónyuge de un/a veterano/a veterano/a ni cónyuge ☐ No soy

¿Se considera parte de un grupo minoritario? ☐ Sí ☐ No

¿Es de origen hispano o latino(a)? ☐ Sí ☐ No

Idioma principal:

Dominio del inglés: ☐ Muy bien ☐ Bien ☐ No muy bien ☐ Nada

Raza (seleccione todas las que correspondan): ☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Asiático/a ☐ Negro/a o afroamericano/a ☐ Nativo/a de Hawái u otra isla del Pacífico ☐ Blanco/a ☐ Prefiero no decirlo

¿Cómo se enteró de Aging Well?

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia

Teléfono del contacto

Correo electrónico

Relación con usted

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Este formulario recopila información bajo la autoridad de la Ley de Estadounidenses Mayores (Older Americans Act) y la Ley de Privacidad de 1974. La información será utilizada por la Oficina de Salud del Envejeciente de Rhode Island y este centro para determinar la elegibilidad para el Programa de Nutrición Congregada Título III-C, según lo exige la Administración sobre el Envejecimiento de EE. UU.

Proporcionar esta información es voluntario, pero no hacerlo podría afectar el acceso a ciertos servicios. La información puede ser utilizada con fines administrativos, de evaluación y de informes, y puede compartirse con agencias federales, estatales o locales autorizadas, únicamente según lo permita la ley.

Al firmar este formulario, entiendo y reconozco que mi información será utilizada para determinar mi elegibilidad para el Programa de Nutrición Congregada Título III-C.

Firma del participante

___ / ___ / ___

Por favor continúe en el reverso de este formulario.

401-766-3734
84 Social St. Woonsocket, RI 02895

FECHA:

SITIO DE COMIDAS:

AGING WELL INC.

AVISO DE POLÍTICA DE NUTRICIÓN Y COMIDAS

Aviso sobre alérgenos: Todos los alimentos del menú pueden contener o haber sido preparados en ambientes con nueces, semillas, frijoles, salvado de trigo y otros alérgenos comunes.

Política sobre alimentos externos: Por razones de seguridad y cumplimiento, no se permite traer alimentos externos al área de comidas congregadas.

Restricción sobre llevar sobras: Según directrices de la Oficina de Salud del Envejeciente de Rhode Island y el Departamento de Salud de Rhode Island, no se permite retirar alimentos perecederos del sitio de comidas congregadas. Esta política ayuda a garantizar la seguridad alimentaria y prevenir la contaminación.

Política de reservaciones con 48 horas de anticipación: Le pedimos amablemente que haga sus reservaciones para comidas al menos con 48 horas de anticipación para garantizar disponibilidad.

AVISO DE MEDIOS

Aging Well Inc. es un centro comunitario público. Durante los programas y eventos, se pueden tomar fotos, videos u otros medios que podrían ser utilizados para materiales promocionales, solicitudes de subvenciones, redes sociales, informes para financiadores u otros fines informativos. Al participar en actividades en nuestro centro, usted reconoce y da su consentimiento para el posible uso de su imagen en dichos materiales, a menos que notifique al personal para que hagamos lo posible por excluirle cuando sea posible.

RENUNCIA Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Al participar en cualquier programa, evento o actividad física en Aging Well Inc., usted reconoce y acepta que toda participación es voluntaria y bajo su propio riesgo. Esto incluye, pero no se limita a, clases de ejercicio, programas recreativos, eventos de bienestar y otras actividades grupales. Recomendamos encarecidamente que obtenga un examen físico de su médico antes de participar en cualquier actividad física o de ejercicio.

Su presencia y participación constituyen su comprensión y aceptación de los riesgos involucrados, haya firmado o no este formulario.

Al participar, usted acepta que Aging Well Inc., sus instructores, personal, voluntarios, patrocinadores, la Ciudad de Woonsocket, el Pueblo de North Smithfield y las organizaciones afiliadas no son responsables por ninguna lesión, enfermedad, accidente, pérdida o daño, incluyendo aquellos que resulten de negligencia. Tenga en cuenta que el uso del equipo de ejercicio requiere una exención adicional.

Por la presente, usted libera y exime a todas las partes mencionadas de cualquier responsabilidad, reclamo, demanda o causa de acción, conocida o desconocida, que pudiera surgir por su participación en actividades de Aging Well Inc.

Esta exención es vinculante y aplica a toda participación actual y futura, a menos que se revoque por escrito. Si alguna parte de este acuerdo fuera considerada inválida por un tribunal, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.

Al firmar a continuación, usted confirma que ha leído y comprendido esta renuncia, que acepta sus términos voluntariamente y que esta liberación no puede modificarse verbalmente.

Firma del participante

/ /