

# SOLICITUD DE MEMBRESIA

## KEARNS OQUIRRH PARK FITNESS CENTER

### OQUIRRH RECREATION AND PARKS DISTRICT

La aplicación se hace por los privilegios de afiliación a Kearns Oquirrh Park Fitness Center, poseído y operado por Oquirrh Recreation and Parks District (el "Distrito"). Entiendo que esos privilegios de afiliación son establecidos por políticas adoptadas por el Consejo de Fideicomiso y yo concuerdo en respetar todas las políticas, reglas y regulaciones del presente y del futuro del Distrito.

**Escoja Una:**

\_\_\_ **Afiliación Individual**

\_\_\_ **Afiliación de Pareja:** dos personas que viven en la misma casa.

\_\_\_ **Afiliación de Familia:** madre y/o padre y sus hijos solteros bajo de la edad de 25 que viven en la misma casa y pueden ser reclamados juntos para propósitos del impuesto, o los que se reclaman como dependientes para propósitos del impuesto

\_\_\_ **Afiliación de Ensayo:** una afiliación por un dos semanas; hay un honorario administrativo de \$10 para convertir una afiliación del ensayo a uno de las clases de afiliación arriba.

**Escoja Todo Lo Que Aplica:**

\_\_\_ **Afiliación General:** Vivo fuera de las fronteras del Distrito.

\_\_\_ **Afiliación Residencial:** Certifico que vivo dentro de las fronteras del Distrito. He verificado el mapa oficial del Distrito y he proporcionado al Distrito una copia reciente de una cuenta de utilidad (recibido dentro de los últimos 30 días) para verificar mi dirección.

\_\_\_ **Afiliación Mayor:** Tengo sesenta (60) años o más. (Si se solicita una afiliación de pareja, el co-solicitante también debe tener sesenta (60) años o más.)

\_\_\_ **Afiliación de Negocio:** Trabajo en un negocio, agencia del gobierno, iglesia, escuela u organización no lucrativa localizado dentro de las fronteras del Distrito y he proporcionado al Distrito una copia de un cheque de pago para verificar mi empleo.

**POR FAVOR LETRA DE IMPRENTA**

Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Relación a la Cabeza de Familia
1 _____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____
3 _____	_____	_____	_____
4 _____	_____	_____	_____
5 _____	_____	_____	_____
6 _____	_____	_____	_____

Si necesita mas espacio, por favor escriba los afiliados adicionales de la familia en otra solicitud de afiliación.

Dirección \_\_\_\_\_ Ubicación numérica de la calle \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Código Postal \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección de email \_\_\_\_\_ Teléfono de Emergencia \_\_\_\_\_

Mándame correo electrónico acerca de programas y especiales.

¿Cómo averiguó usted acerca de KOPFC? TV Folleto Sitio de Web Vecino / amigo Otro \_\_\_\_\_

Yo (y todos individuos incluido en esta afiliación) concuerdo en respetar las reglas y regulaciones establecidos por el Distrito y entiendo que infracciones a las reglas y regulaciones pueden tener como resultados la restricción o la revocación de mis privilegios de la afiliación sin cualquier reembolso. Entiendo aún más que la tergiversación de cualquier información en esta forma puede tener como resultado la reducción o la pérdida de los privilegios de afiliación. Si reclamo la posición de ser residente y se determina luego que mi residencia está fuera de las fronteras del Distrito, yo entiendo que será ofrecida la opción de continuar mi afiliación al precio general de la afiliación o cancelar mi afiliación y recibir un reembolso parcial de acuerdo con las políticas del Distrito. Esta afiliación es para un término mínimo de un (1) año.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

----- **Solo para La Oficina** -----

Sale Date \_\_\_\_\_ Expiration Date \_\_\_\_\_ Renewal Date \_\_\_\_\_ New Expire \_\_\_\_\_ Amount paid \_\_\_\_\_

Proof of Res Old Sold by \_\_\_\_\_ Entered by \_\_\_\_\_ Renewed by \_\_\_\_\_ Approved by \_\_\_\_\_  
New

Cabeza de Familia