

Contrato de Membresía

Membresía Personal o Membresía Donada **Dada Por:** _____

Nombre de Asociado: _____

Teléfono: _____ **Celular:** _____ **Correo Electrónico:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Dirección: _____ **Código Postal:** _____

(misma casa) **Nombre de 2^{do} Asociado:** _____

Teléfono: _____ **Celular:** _____ **Correo Electrónico:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

¿Usa Ud. la computadora amenuado? Sí No **¿Quisiera una llamada telefónica diaria?** Sí No

¿Habla Español? ¿Habla Ingles? ¿Es Bilingüe? (Español y Ingles)? ¿Otro? _____

¿De que forma lo podemos asistir? Favor de indicar cuales son los servicios o programas que le puedan interesar:

| @Home | Salud | Eventos Sociales y Culturales | Únase a un Comité de |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Visitas al Supermercado <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Limpieza de Casa <input type="checkbox"/> Preparación de Comidas <input type="checkbox"/> Mantenimiento del Hogar <input type="checkbox"/> Electricista <input type="checkbox"/> Plomería <input type="checkbox"/> Servicios Financieros <input type="checkbox"/> Servicios de Lavandería <input type="checkbox"/> Banca <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Yoga/Meditación <input type="checkbox"/> Terapia Física <input type="checkbox"/> Servicios de Nutrición <input type="checkbox"/> Entrenadores de Ejercicios en la casa <input type="checkbox"/> Equipo Médico <input type="checkbox"/> Servicios de Enfermeras <input type="checkbox"/> Servicios para el Cuidado de Salud en la Casa <input type="checkbox"/> Clases de Ejercicios <input type="checkbox"/> Asistencia Llenando Planillas Gubernamentales <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Grupos para Caminar <input type="checkbox"/> Excursiones al Museo, Teatro, etc. <input type="checkbox"/> Voluntarios <input type="checkbox"/> Clases de Arte <input type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Almuerzos y Cenas <input type="checkbox"/> Grupos de Apoyo para Viudos <input type="checkbox"/> Clases de Apendizaje <input type="checkbox"/> Grupos de Música y Temas Musicales <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Planificación de Viajes <input type="checkbox"/> Actividades Culturales <input type="checkbox"/> Reuniones de Vecindario <input type="checkbox"/> Enlace Entre Médicos y Hospitales <input type="checkbox"/> Enlace con el Departamento de Bomberos |

Comentarios: _____

En Caso de Emergencia, Favor Llamar a: _____ **Teléfono:** _____

Nombre del Encargado de su Edificio (si aplicable): _____ **Teléfono:** _____

Condiciones: Membresía en CoralGables@HOME es por año. Si el pague mensual, requerimos 12 pagos. Como socio de CoralGables@HOME, Ud. contratará directamente y será facturado directamente por el proveedor de servicios. CoralGables@HOME no tendrá ninguna responsabilidad legal, directa o indirecta, en conexión con los servicios contratados por sus socios, de proveedores de servicios recomendados por CoralGables@HOME.

Acuerdo: Autorizo a los proveedores de servicios, a divulgar información mía, no médica, a CoralGables@HOME sobre los servicios que yo use a través de ellos. CoralGables@HOME reserva el derecho de ponerse en contacto con las personas indicadas en mi lista personal en caso de una emergencia, lo mismo de salud o de otra índole.

COMO SOCIO DE CORALGABLES@HOME, (i) POR MEDIO DE LA PRESENTE, NO HARÉ RESPONSIBLE A CORALGABLES@HOME O AL CORAL GABLES COMMUNITY FOUNDATION (INCLUYENDO SUS EMPLEADOS, OFICIALES, Y DIRECTORES) DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD POR SERVICIOS PRÉSTADOS POR PROVEEDORES, Y (ii) ESTOY DE ACUERDO DE QUE CORALGABLES@HOME Y CORAL GABLES COMMUNITY FOUNDATION (INCLUYENDO SUS EMPLEADOS, OFICIALES, Y DIRECTORES) SEAN LIBRES DE CULPABILIDAD DE CUALQUIER COSTO, GASTOS, O DAÑOS (INCLUYENDO, SÍN LIMITACIÓN, CUOTAS RAZONABLES DE ABOGADOS) QUE SÚRJAN EN CONECCIÓN CON CUALQUIER RESPONSABILIDAD Y TODAS QUERELLAS INICIADAS POR O A TRAVÉS DE MI, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADAS, A QUERELLAS PRESENTADAS POR MI ASEGURADOR.

He leído lo anterior cuidadosamente y estoy listo para asociarme con CoralGables@HOME bajo los terminos y condiciones arriba mencionados.

X _____
 Firma _____ Fecha _____

Puede Escoger Pagos Mensuales o Anuales: \$60 Pago Mensual Automatico (12 pagos) o \$650 Pago Anual (se ahorra \$70)

Método de Pago: Cheque o Tarjeta de Credito: MasterCard Visa American Express

Número de Tarjeta: _____ Fecha de Vencimiento: _____ Código de Autorización*: _____ Código Postal: _____
 (*Número está al dorso del Mastercard ó Visa, ó en la parte delantera del Amex)

Cheques Pagaderos A: **Coral Gables Community Foundation**
 1825 Ponce de Leon Blvd, PMB #447, Coral Gables, FL 33134-4418