



2025 Houston Children's Charity Children's Bed Application



Fecha de aplicación: _____ (en molde legible)

Nombre: _____

Nombre del Cónyuge: _____

Renuncia y exención de responsabilidad, asunción de riesgo y acuerdo de indemnización

1. A cambio de que se me permita participar en CUALQUIERA de los programas de Houston Children's Charity, incluidas las actividades relacionadas con dicha participación, por la presente acepto voluntaria y conscientemente liberar, indemnizar, defender, mantener indemne y comprometerme a no demandar a Houston Children's Charity, y sus oficiales, directores, personal, empleados, subcontratistas, patrocinadores, agentes, voluntarios y afiliados por cualquier responsabilidad, reclamos, costos y causas de acción, incluidos, entre otros, cualquier reclamo que surja de la negligencia ordinaria de cualquiera de los anteriores, que pueda hacer yo, mi familia, patrimonio, herederos o cesionarios por daños a la propiedad, lesiones personales o muerte injusta que pueda sufrir como resultado de mi participación en los servicios del programa ofrecidos por Houston Children's Charity, o mientras se encuentra en las instalaciones propiedad o arrendadas por Houston Children's Charity.
2. Entiendo y acepto que Houston Children's Charity no es responsable de ninguna lesión o daño a la propiedad que surja de mi participación en los servicios del programa, incluso si es causado por la negligencia ordinaria de Houston Children's Charity o de otra manera. Entiendo que la participación en los servicios del programa implica ciertos riesgos, que incluyen, entre otros, lesiones graves y la muerte. Por lo tanto, asumo todos los riesgos, incluidos, entre otros, los riesgos asociados con resbalones, caídas, tropiezos, desplazamiento de objetos pesados o muebles, carga o descarga de vehículos, operación de equipos o herramientas, o sufrir cualquier tipo de lesión relacionada en conexión con mi participación con Houston Children's Charity. Estoy participando voluntariamente en los servicios del programa con conocimiento del peligro involucrado y estoy de acuerdo en aceptar todos los riesgos de participación, incluso si surgen de la negligencia de otros.
3. Soy de edad legal y estoy firmando este acuerdo de forma libre y voluntaria sin ningún incentivo, garantía o garantía para mí y pretendo que mi firma sea una liberación completa e incondicional de toda responsabilidad en la mayor medida permitida por la ley. He leído esta RENUNCIA Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD, ASUNCIÓN DE RIESGO Y ACUERDO DE INDEMNIZACIÓN y entiendo que al firmar este formulario, renuncio a los derechos y recursos legales.

Iniciales: _____

Dirección: _____ Número de Apto.: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono de casa: Sí No Número: _____ Renta: \$ _____

Teléfono celular: Sí No Número: _____ Nombre del Propietario: _____

Teléfono de Trabajo: Sí No Número: _____ Teléfono del Propietario: _____

Estado civil: Casado Soltero Padres Divorciados Separados Convivir

Idioma: Inglés Español

Raza/Etnicidad: Blanco Hispano o Latino Negro o Afroamericano Asiático Indio Americano o nativo de Alaska Otro

Cuántos niños están en su custodia legal? _____

¿Cuál es su ingreso familiar mensual, incluyendo la asistencia del gobierno? \$ _____

(Para recibir una cama para su hijo, el niño debe tener entre 4 y 18 años de edad. Numero máximo de 4 camas por familia.)

¿Ha recibido camas de Houston Children's Charity en los últimos 12 meses? Sí o no



2025 Houston Children's Charity Children's Bed Application



¿Cuántas camas TWIN están solicitando? _____ Por favor escriba la información de sus hijos por debajo:

| | | | |
|--------------|------------|---------------------|---------------------------|
| Nombre _____ | Edad _____ | Niñas o Niños _____ | Fecha de Nacimiento _____ |
| Nombre _____ | Edad _____ | Niñas o Niños _____ | Fecha de Nacimiento _____ |
| Nombre _____ | Edad _____ | Niñas o Niños _____ | Fecha de Nacimiento _____ |
| Nombre _____ | Edad _____ | Niñas o Niños _____ | Fecha de Nacimiento _____ |
| Nombre _____ | Edad _____ | Niñas o Niños _____ | Fecha de Nacimiento _____ |
| Nombre _____ | Edad _____ | Niñas o Niños _____ | Fecha de Nacimiento _____ |
| Nombre _____ | Edad _____ | Niñas o Niños _____ | Fecha de Nacimiento _____ |
| Nombre _____ | Edad _____ | Niñas o Niños _____ | Fecha de Nacimiento _____ |

Por favor, complete el formulario y luego marque que ha adjuntado cada elemento:

- Una carta escrita a mano que indique su situación
- Una copia de identificación válida con foto
- Una copia del acta de nacimiento de cada niño (papeleo de tutela legal si usted no es el padre biológico.) **NO ENVÍE TARJETAS DE SEGURO SOCIAL**
- Una copia de la factura más reciente de electricidad o de teléfono
- Una copia de la Carta de la Alimentación, carta de Medicaid, o cualquier otra forma de asistencia gubernamental

Nota: La participación en este programa es limitado y se llena en un primer llegado, primer servido base. El programa tiene un máximo de 4 camas para una sola familia en una base de tiempo. Una vez recibida la solicitud completa se le notificará de la aprobación de su solicitud. **Si cambia su información de contacto, por favor llame a nuestro oficina para actualizar su información.** Por favor envíe este formulario completo junto con las copias de los documentos requeridos antes mencionados a la siguiente dirección. Al enviar este formulario también está de acuerdo para permitir que las fotos de usted y/o a sus hijos en cualquier publicación de HCC.

Al enviar este formulario, usted acepta el Acuerdo de exención y exención de responsabilidad, asunción de riesgos e indemnización de HCC ubicado en houstonchildrenscharity.org/waiver/

Por favor envíe este formulario por correo completo junto con las copias de los documentos requeridos antes mencionados a la siguiente dirección: (las solicitudes incompletas no serán procesadas.)

Houston Children's Charity • 1600 West Loop South, Suite 610 Houston TX 77027 • Phone (713)524-2878