



## 2026 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. Número máximo de 4 camas por familia.)**

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



## 2026 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