

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

Solicitantes de membresía debe proporcionar la prueba actual de residencia/Occupancy & ID de imagen para comprar residentes /Hogar Membresías y para que los miembros sean procesados. (es decir, jefe de la casa **Debe** proporcione la prueba de la residencia para que la membresía sea procesada).

**Toda la información debe ser recibida en 10 Días de la fecha de la compra y fechada en los últimos 30 días
En Tiempo de aplicación**

El comprobante actual de residencia incluye lo siguiente:

- Utilidad Bill (**teléfono, teléfono celular, agua gas, eléctrico**)
- Banco Declaración
- Pagar Stub con su nombre y dirección
- Declaración del descriptor
- Cualquier otra factura que se la haya enviado por correo
- Solicitante también puede imprimir una declaración That han recibido y fechado con en el último 30 días.

- **No aceptamos una licencia de conducir o cheque personal, o "correo basura" como prueba de residencia.**

Sin prueba de residencia, se aplicarán las cuotas generales anuales de membresía.

El comprobante actual de residencia es requerido para todos los solicitantes de 21 años de edad o más. *

Todos los formularios de prueba de residencia se deben recibir dentro de los 10 días de la solicitud para que la membresía se considere actual o se puede rescindir la membresía. *

Prueba de membresía de seguros/negocios

- Talón de pago
- Letter del empleador
- Tarjeta de seguro

* Declaración jurada del hogar: en el evento Que Un miembro de la familia que aparece en mi membresía, Edad 21 o más, es incapaz de proporcionar prueba de residencia, al firmar a continuación, doy fe de que el individuo es un residente de mi hogar. Me de acuerdo en que si se determina la arriba mencionado es no un residente de mi hogar, el resultado será la terminación inmediata de la Hogar Membresía y todas las personas enumeradas no serán elegibles para una membresía de cualquier tipo durante 3 años.

KOPFC se reserva el derecho de Verificar prueba de residencia de los individuos en cualquier momento.

Firmado

Nombre impreso

Fecha