FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Completa este formulario y envíelo por correo o regístrese en línea en ckwalk.org ¿Alguna Pregunta? Llame al 646-744-2900.

caringkind New York City Alzheimer's Walk

Domingo 22 de oct. — Manhattan, Central Park Naumburg Bandshell

Soy __ capitan de equipo __ miembro de equipo __ Individual **Nombre del Equipo** _____

Mi meta es recaudar $_____ para ayudar a poner fin al Alzheimers. (La meta mínima recomendada es de $250. Todos los participantes que recauden $100 recibirán una camiseta de CaringKind NYC Alzheimer's Walk.

Tipo de Equipo __ Compañia/Organizción __ Organizaciones de fé __ Amigos/Familia __ Institución de cuidados a largo plazo __ Escuela/Universidad __Otro _____

Primero Nombre _____ **Appellido(s)** _____

Dirección _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

Correo electrónico _____ **Telefono** _____

Nombre de su Empleador _____

Título de su Posicion _____

___ Si, mi empleador tiene un programa de contribuciones complementarias para igualar mi donación.

Ayude CaringKind a atender mejor a nuestra comunidad completando los siguientes datos:

Sexo: __ Masculino __ Femenino __ Prefiero no responder **Fecha de nacimiento:** _____

Elija uno: __ Afroamericano/Negro __ Indígena americano/Nativo de Alaska __ Asiático __ Caucásico/Blanco __ Hispano/Latino __ Nativo de Hawai/Otra Isla del Pacífico __ Dos o más razas __ Otra raza __ Prefiero no responder

Seleccione su nivel máximo de educación alcanzado:

__ Menos que un diploma de secundaria __ Graduado de secundaria __ Algo de universidad __ Licenciatura __ Posgrado/Grado profesional __ Prefiero no responder

¿Cómo se enteró sobre la Caminata de este año?

__ Anuncio en la televisión __ Anuncio en la radio __ Anuncio impreso __ Anuncio en Internet __ Otro anuncio __ Vi un cartel o folleto en mi comunidad __ Fui reclutado en un evento de la comunidad __ Recibí información por correo __ Correo electrónico de CaringKind __ Llamada telefónica de CaringKind __ Sitio Web de CaringKind __ Facebook __ Twitter __ Familia __ Amigo __ Compañero de trabajo __ Mi compañía __ Otro_____

¿Cuál es su conexión más cercana con esta causa?

__ Estoy camininando en memoria de alquien que tenía Alzheimer o demencia __ Estoy actualmente cuidando a una persona con Alzheimer __ Tengo la enfermedad de Alzheimer o demencia __ Creo que en la ausencia de una cura, el cuidado es lo que necesitamos hoy en día. __ Prefiero no contestar

Estoy tomando el primer paso al apoyar a CaringKind. Adjunto mi donación personal de:

Escriba los cheques pagaderos "CaringKind".

Adjunto se encuentra mi donación personal: __ $120 __ $60 __ $35 __ Otro _____

Para hacer una donación con tarjeta de crédito, visite en Internet: www.caringkindnyc.org/walk

Enviar por Correo: **CaringKind NYC Alzheimer's Walk, 360 Lexington Ave. 3rd Floor, NY, NY 10017**

Asunción del riesgo, renuncia y permiso

La caminata CaringKind Alzheimer's Walk implica caminar, es una actividad que podría incluir, entre otros, riesgos tales como caídas, interacción con otros participantes, efectos del clima, tráfico y condiciones del camino. Para participar en este evento, por este medio asumo expresamente todos los riesgos, incluidas lesiones corporales o personales, muerte, pérdida de efectos personales u otros daños de cualquier tipo que surjan de algún modo como producto de mi asistencia o participación en la caminata CaringKind Alzheimer's Walk y actividades relacionadas. Es mi responsabilidad vestirme adecuadamente. Si bien es posible que haya disponibles mapas de rutas, paradas de descanso, refrescos y otra asistencia durante este evento, yo soy el único responsable de mi propia salud y seguridad. Declaro que estoy físicamente apto y puedo asistir o participar en este evento. Por este medio en mi nombre, en nombre de mis herederos, testamentarios y administradores, libero, descargo y acepto no demandar a CaringKind, sus sucursales, sus funcionarios, directores, voluntarios, empleados, patrocinadores y agentes, de cualquier y toda responsabilidad, reclamo, demanda y acciones legales de cualquier tipo, que surjan de mi participación o asistencia a este evento y actividades relacionadas, ya sea que resulten de negligencia o cualquiera de los puntos antes mencionados o cualquier otra causa. Acepto que mi asunción de riesgos y renuncia aquí indicados serán tan amplios e inclusivos como lo permitan las leyes pertinentes. Si cualquier porción de este acuerdo se considera inválida, el resto del mismo continuará totalmente vigente y obligatorio. Otorgo mi permiso completo en perpetuidad a los organizadores de este evento para usar, reutilizar, publicar y republicar mi nombre e imagen como participante en el evento en fotografías, videos y otras grabaciones. He leído, entiendo y acepto los términos de este acuerdo. Si un Participante es menor de edad o actúa como tal con un tutor legal, el padre, madre o tutor legal deben firmar y aceptar lo siguiente:

Yo, el padre/madre/tutor legal del Participante, por este medio doy mi consentimiento para su participación. He leído el acuerdo anterior, y por este medio acepto sus términos en nombre del participante y el mio.

Firma _____ **Fecha** _____