

SILVER BAY YMCA

Programa de Reposo para personas con Cáncer

APLICACIÓN PARA EL PROGRAMA DE REPOSO PARA PERSONAS CON CÁNCER

Información de contacto Familiar

Por favor proporcione información de un contacto familiar quien será responsable para estar en comunicación con Silver Bay.

Parentesco: _____ Primer Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Apellidos: _____

Calle y número: _____

Ciudad, Estado y código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____ Edad: _____

Nombre de la persona que le recomendó al programa de Reposo de Retiro para personas con Cáncer:

La persona que le recomendó está asociada con la siguiente organización:

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Familiares

Por favor liste a los familiares que participarán en el programa de Reposo para personas con cáncer. Por los términos y condiciones de este programa, los participantes aprobados pueden traer a sus familiares cercanos. Las personas solteras pueden traer un acompañante o un familiar cercano.

SILVER BAY YMCA

Programa de Reposo para personas con Cáncer

Primer nombre

Apellidos

Parentesco

Edad

Por favor indique sus fechas preferentes. Las fechas preferentes no son garantizadas.

La hora de entrada es a las 4:00 p.m. y la hora de salida es a las 10:00 a.m.

Fecha de llegada: _____ Fecha de salida: _____

Por favor complete las secciones de abajo aplicando para usted. Es importante para Silver Bay YMCA saber con tiempo cómo acomodar a nuestros huéspedes, esto para poder darles la mejor experiencia posible durante su estadía con nosotros. Sus respuestas no son obligatorias y no afectarán en su aplicación.

¿Ya sea usted o alguien de su familia requiere servicios de accesibilidad en su estadía tales como una bañera con fácil acceso para una andadera o silla de ruedas, uso de una rampa o elevador, asistencia con distancias largas?

☐ Si ☐ No

Si contesta Si, por favor especifique qué requerirá durante su estadía con nosotros:

¿Ya sea usted o alguien de su familia tiene solicitudes adicionales que deberían ser consideradas cuando hagamos su reservación? Esto puede incluir equipo extra como un refrigerador, un horno de microondas o bien algo un poco más específico para personas con trastorno postraumático de estrés, personas que usen tanques de oxígeno o con problemas para dormir.

SILVER BAY YMCA

Programa de Reposo para personas con Cáncer

☐ Si ☐ No

¿Traerá un animal con certificado ADA para su estadía en Silver Bay?

☐ Si ☐ No

¿Tiene usted o alguien de su familia restricciones alimenticias? Alergias, preferencias vegetarianas, o veganas, dietas suaves o blandas deben ser anotadas en esta sección

☐ Si ☐ No

Si responde Si, por favor escriba qué requerirá durante su estadía con nosotros:

Firmando abajo, usted acepta las políticas y procedimientos de este programa, también indica que proporciona a Silver Bay YMCA información actualizada y precisa para su aplicación.

Firma: _____ Fecha: _____

Proceso de Aplicación

Por favor envíenos por correo o por correo electrónico a Silver Bay YMCA en reservations@silverbay.org o con atención en la recepción – Silver Bay YMCA – 87 Silver Bay Road – Silver Bay, NY 12874

Si tiene alguna pregunta sobre la aplicación o el proceso de reservación, por favor comuníquese a la Oficina de Vida Espiritual al 518-543-8415.