SILVER BAY YMCA

PROGRAMA DE RECUPERACION & REHABILITACION PARA MILITARES

APLICACION PARA EL PROGRAMA DE MILITARES R&R REHABILITACION Y RECUPERACION

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/dirección de correo:

_____

Ciudad, estado, código postal:

_____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____ Edad: _____

Miembros de la familia

Por favor enliste a los miembros de su familia que participarán en el programa de R&R. Por los términos y condiciones de este programa, los participantes aprobados pueden traer un familiar cercano. Las personas solteras pueden traer un acompañante o un familiar cercano.

Primer nombre	Apellidos	Parentesco	Edad

SILVER BAY YMCA

PROGRAMA DE RECUPERACION & REHABILITACION PARA MILITARES

Por favor indique las fechas que le sean preferentes. Las fechas preferentes no son garantizadas.
La hora de entrada es a las 4:00 pm, la hora de salida es a las 11:00 am

Fecha de llegada: _____ Fecha de salida: _____

Por favor complete las secciones de abajo como se aplican a usted. Es importante para Silver Bay YMCA saber con anticipación cómo acomodar a nuestros huéspedes para que así les podamos brindar la mejor experiencia posible durante su estadía.

Sus respuestas no son obligatorias y no afectarán en la consideración de su aplicación.

Ya sea usted o algún familiar requiere adaptaciones con accesibilidad, tales como una bañera con fácil acceso para andadera, una rampa o el uso del elevador, y/o asistencia para caminar distancias largas?
☐ Si ☐ No

Si responde si, por favor explique qué es lo requerirá durante su estadía con nosotros.

_____

_____

¿Ya sea usted o algún familiar tiene necesidades especiales que deberían ser consideradas para su reservación? Esto puede incluir acomodaciones para personas con diferentes capacidades diferentes como personas con desorden de estrés postraumático, personas que usen tanques de oxígeno o personas con problemas para dormir.
☐ Si ☐ No

Si responde si, por favor indique qué es lo que requerirá durante su estadía con nosotros.

_____

_____

¿Traerá un animal certificado de compañía durante su estadía en Silver Bay?
☐ Si ☐ No

¿Ya sea usted o algún familiar tiene alguna restricción de dieta?
Todas las alergias y solicitudes para vegetarianos o veganos deben ser anotadas en esta sección.
☐ Si ☐ No

Si responde si, por favor indique que requerirá durante su estadía con nosotros:

SILVER BAY YMCA

PROGRAMA DE RECUPERACION & REHABILITACION PARA MILITARES

_____

_____

Firmando abajo, usted acepta las políticas y procedimientos de este programa, así como la aprobación de información actualizada en su aplicación para Silver Bay YMCA.

Firma: _____ Fecha: _____

Proceso de aplicación

Por favor envíenos por correo, o por correo electrónico a Silver Bay YMCA a reservations@silverbay.org o con atención a: Reservaciones – Silver Bay YMCA – 87 Silver Bay road – Silver Bay, NY 12874

Si tiene preguntas sobre esta aplicación o sobre el proceso de reservación, por favor contacte a reservaciones al 518-543-8415.