

**EXPRESS WAIVER OF LIABILITY  
RELEASE AND INDEMNITY AGREEMENT**



OC UNITED TOGETHER  
418 W. Commonwealth Ave., Fullerton, CA 92832

In consideration for being allowed to participate in the Pumpkin Run (the "Activity") sponsored by OC United Together ("OC United"), the sponsoring organization (herein after the "Entity") the Undersigned does hereby agree to this express waiver of liability against the Entity, and makes the release and Indemnity Agreement with Entity set forth below.

The Undersigned, for themselves, and their personal representatives, assigns, heirs, and next of kin, and each and every one of them:

- As a condition of being allowed to volunteer with the Activity, voluntarily and absolutely releases and discharges the Entity and its officers, agents, and employees, from any and all losses, damages, actions or causes of action resulting from participation in the Pumpkin Run; whether or not such injuries or damages are caused by negligence (active or passive). The Undersigned agrees to obey instructions given by the person(s) having supervision and control over the Undersigned's position.
- Hereby indemnifies and holds harmless the Entity and its officers, agents, servants, or employees ("Indemnitees") from any and all claims or causes of action by any person or entity, and under no circumstances will present any claims against Indemnitees for personal injury, property damage, or wrongful death caused by any act of negligence (active or passive) by Indemnitees.
- Hereby gives permission to the physician selected by the Entity and/or its Released Party personnel then present to render medical treatment deemed necessary and appropriate by the physician or dentist. The undersigned consents to any x-ray examination, anesthetic, medical, or surgical diagnosis or treatment and hospital care upon the advice of or rendered by a physician, nurse, surgeon, or dentist. The undersigned is authorized to consent to services to be rendered, and no other consent is required by law. Hereby agrees that any injury as a result of volunteering with the Entity and the Released Party, recourse for payment of hospital, medical, dental, or related costs and expenses will be paid by me or my spouse, accident, hospital or medical insurance, or any benefit plan of mine or my spouse.
- Hereby acknowledges that participation in the Activity constitutes approval to be videoed and photographed and for those videos or photographs to be used in the Entity and/or its Released Party's-related publications and website(s) without compensation therefore.
- Hereby acknowledges the rules and regulations imposed by the State of California and the CDC, including the requirement that I must maintain social distancing of at least six feet from other participants. I am not experiencing symptoms of COVID-19 such as cough, fever, shortness of breath, or difficulty breathing, chills, repeated shaking with chills, muscle pain, headache, sore throat, or new loss of sense of smell and / or taste. I have not been advised that I am COVID-19 positive. I have not been exposed to anyone who is showing, or has shown, any of the COVID-19 related symptoms that are noted above within the last 2-14 days. I understand that participating, volunteering, and interacting with OC United staff, volunteers, and / or members of the public could increase my risk of contracting COVID-19.

The Undersigned hereby warrants that the foregoing statements are true and correct and that the Undersigned understands that the Entity has relied upon such warranties in entering into this Agreement, and making the premises available for use by the Undersigned. No oral representations, statements, or inducements have been made by or between the parties to this Agreement with respect to the subject matter of this agreement, apart from the matters set forth within this Agreement.

I HAVE CAREFULLY READ THIS AGREEMENT AND FULLY UNDERSTAND ITS CONTENTS AND LEGAL CONSEQUENCES. I INTEND MY SIGNATURE TO BE A COMPLETE AND UNCONDITIONAL RELEASE OF ALL LIABILITY TO THE GREATEST EXTENT ALLOWED BY LAW.

I AM AWARE THAT THIS IS AN EXPRESS WAIVER OF LIABILITY AND A RELEASE AND INDEMNITY AGREEMENT BETWEEN THE ENTITY, AND MYSELF AND I AGREE TO IT WITH MY OWN FREE WILL.

---

FIRST & LAST NAME	DATE	SIGNATURE
-------------------	------	-----------

---

PARENT/GUARDIAN NAME (if under 18)	DATE	SIGNATURE
------------------------------------	------	-----------

---

CONTACT PHONE #

**RENUNCIA EXPRESA DE RESPONSABILIDAD  
ACUERDO DE LIBERACIÓN E INDEMNIZACIÓN**



OC UNITED TOGETHER

418 W. Commonwealth Ave., Fullerton, CA 92832

En consideración por haberme permitido participar en la caminata "Pumpkin Run 5K" (la "Actividad") patrocinada por OC United Together ("OC United"), la organización patrocinadora (de aquí en adelante, la "Entidad"), el suscrito acepta por este medio esta renuncia expresa de responsabilidad contra la Entidad, y establece el Acuerdo de liberación e indemnización con la Entidad, como se establece a continuación.

Los suscritos, por ellos mismos, y sus representantes personales, designados, herederos y familiares más cercanos, todos y cada uno de ellos:

- Como condición para poder ser voluntario en la Actividad, voluntariamente y absolutamente liberan y deslindan de responsabilidad a la Entidad y a sus funcionarios, agentes y empleados, de cualquier y todas las pérdidas, daños, acciones o causas de acción resultantes de la participación en la caminata Pumpkin Run; independientemente de que tales lesiones o daños sean causados por negligencia (activa o pasiva). Los suscritos aceptan obedecer las instrucciones dadas por la persona o personas encargadas de la supervisión y control sobre las posiciones.
- Por este medio, indemnizan y exoneran a la Entidad y a sus funcionarios, agentes, servidores o empleados ("Indemnizados") de cualquier y de todos los reclamos o causas de acción por cualquier persona o entidad, y bajo ninguna circunstancia presentaran reclamaciones contra los Indemnizados por lesiones personales, daños a la propiedad, o muertes ilícitas causadas por cualquier acto de negligencia (activo o pasivo) realizado por los Indemnizados.
- Por este medio dan permiso al médico seleccionado por la Entidad y/o a su personal, para el tratamiento que el medico o dentista consideren necesario y apropiado. Los suscritos dan consentimiento a cualquier examen de rayos X, diagnóstico o tratamiento anestésico, médico o quirúrgico y atención hospitalaria aconsejada por un médico, enfermero, cirujano o dentista. El abajo firmante está autorizado a dar consentimiento a los servicios que se prestarán, y comprende que ningún otro consentimiento es requerido por la ley. Por la presente se acuerda que cualquier lesión como resultado del voluntariado con la Entidad y la Parte Liberada, el gasto por pago de hospital, médicos, dentales o relacionados, y los gastos serán pagados por mí o mi cónyuge, por mi seguro de accidentes, de hospital o médico, o cualquier otro plan de beneficios mio, o de mi cónyuge.
- Reconocen que la participación en la Actividad constituye la aprobación para ser filmada y fotografiada y para esos videos o fotografías que se utilizarán en la Entidad y/o sus publicaciones y sitios web relacionados con la Parte Liberada sin compensación para ello.
- Por la presente reconoce las reglas y regulaciones impuestas por el Estado de California y los CDC, incluido el requisito de que debo mantener una distancia social de al menos seis pies de otros participantes. No estoy experimentando síntomas de COVID-19 como tos, fiebre, falta de aire o dificultad para respirar, escalofríos, temblores repetidos con escalofríos, dolor muscular, dolor de cabeza, dolor de garganta o nueva pérdida del sentido del olfato y / o del gusto. No se me ha informado que soy COVID-19 positivo. No he estado expuesto a nadie que muestre, o haya mostrado, alguno de los síntomas relacionados con COVID-19 que se mencionaron anteriormente en los últimos 2 a 14 días. Entiendo que participar, ser voluntario e interactuar con el personal, los voluntarios y / o el público de OC United podría aumentar mi riesgo de contraer COVID-19.

Los suscritos garantizan que las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas y que los abajo firmantes comprenden que La entidad se ha basado en tales garantías al celebrar este Acuerdo, y ha puesto las instalaciones a disposición del Usuario que suscribe. No se han realizado representaciones verbales, declaraciones o incentivos por parte de las partes en este Acuerdo con respecto al objeto de este acuerdo, además de los asuntos establecidos en el mismo.

HE LEÍDO ESTE ACUERDO CUIDADOSAMENTE Y COMPRENDO COMPLETAMENTE SU CONTENIDO Y SUS CONSECUENCIAS LEGALES. INTENTO QUE FIRMA SEA UNA LIBERACIÓN COMPLETA E INCONDICIONAL DE TODA RESPONSABILIDAD AL GRADO MÁS GRANDE PERMITIDO POR LA LEY.

ESTOY CONSCIENTE DE QUE ESTO ES UN DESLINDE DE RESPONSABILIDAD EXPRESA Y UN ACUERDO DE LIBERACIÓN E INDEMNIZACIÓN ENTRE LA ENTIDAD Y YO MISMO, Y ESTOY DE ACUERDO CON MI PROPIO Y LIBRE ALBEDRIO.

---

NOMBRE Y APELLIDO

FECHA

FIRMA

---

NOMBRE DEL PADRE/GUARDIAN (si es menor de 18 años)

FECHA

FIRMA

---

TELÉFONO DE CONTACTO