

2020 Aplicación de Asistencia Financiera



GREAT FUTURES
START HERE.



BOYS & GIRLS CLUBS
OF SAN DIEGUITO

Solicitud de Asistencia Financiera

Los solicitantes deben volver a solicitar asistencia financiera anualmente. Por favor complete una solicitud para cada niño que solicita asistencia financiera.

Almuerzo Gratis / Reducido:

Si califica para el programa de almuerzo "gratis" o "reducido", complete toda la solicitud y proporcione una copia de la carta de aprobación del almuerzo del distrito escolar para su verificación.

Si está solicitando asistencia adicional o no califica para el "Almuerzo a precio reducido o gratuito", complete toda la solicitud e incluya la siguiente documentación:

- Declaración de impuestos (incluya W2), dos recibos de pago más recientes, estados de cuenta bancarios de los últimos dos meses para todos los tutores legales responsables para su procesamiento. Las solicitudes incompletas no pueden ser procesadas.
- Es posible que se requiera que los solicitantes se entrevisten con el Comité de Asistencia Financiera a discreción de los Boys & Girls Clubs of San Dieguito.
- La prueba de ingresos será verificada y comparada con las Pautas Federales de Pobreza establecidas para el Condado de San Diego.

Por favor permita de 5 a 7 días hábiles para el procesamiento. Las solicitudes incompletas serán devueltas y demorarán el tiempo de procesamiento. Una vez aprobado, recibirá un correo electrónico en el que se indicará el monto otorgado e instrucciones para completar el proceso de registro para su programa específico.

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con la Oficina del Campamento de Verano del Boys & Girls Clubs of San Dieguito al (858) 720-2180 o camp@bgcsandieguito.org.

Gracias,



BOYS & GIRLS CLUBS
OF SAN DIEGUITO

2020 Aplicación de Asistencia Financiera



GREAT FUTURES
START HERE.



BOYS & GIRLS CLUBS
OF SAN DIEGUITO

Información del Miembro

Apellido		Primer Nombre	
Cuales programas le gustaría inscribir a su hijo/hija: Lugar de compamento de día: <input type="checkbox"/> Polster <input type="checkbox"/> Harper <input type="checkbox"/> Allred <input type="checkbox"/> Griset			Género: <input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Femenino
Campo de especialidad: _____			Marque una <input type="checkbox"/> Masculino
			Fecha de nacimiento: _____
Usted califica para:	<input type="checkbox"/> Programa Escolar de Almuerzo Reducido	*Proporcione la verificación con la aplicación	
	<input type="checkbox"/> Programa Escolar de Almuerzo Gratuito		

Información de los Padres (Se requiere la información de ambos padres)

Padre (Uno) Nombre:	Padre (Dos) Nombre:
Dirección	Dirección
Cuidad, Estado, Código Postal	Cuidad, Estado, Código Postal
Teléfono:	Teléfono:
Correo electrónico:	Correo electrónico:

*** Si califica para los programas de almuerzo reducido o gratis y no desea asistencia adicional, no necesita continuar con la solicitud.**

Información del Hogar

Esado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	Número de Adultos en el hogar:	Número de Niños en el hogar:
Quien tiene la custodia: <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Otro *(explicación)	*Debe proporcionar documentación legal si uno los padres tiene alguna restricción.	
Seleccionar Uno <input type="checkbox"/> Padre Uno _____ <input type="checkbox"/> Padre Dos _____		

Información de Ingresos

Ocupación de Padre Uno:	Información de Empleo: (nombre de compañía, dirección, y número de teléfono)	Ingresos Anuales de Padre Uno:
Ocupación de Padre Dos:	Información de Empleo: (nombre de compañía, dirección, y número de teléfono)	Ingresos Anuales de Padre Dos:
Otros Ingresos: (asistencia pública, sustento de menores, seguro social, pensió alimenticia...)		Ingreso Total de la Familia: \$

2020 Aplicación de Asistencia Financiera



**GREAT FUTURES
START HERE.**



**BOYS & GIRLS CLUBS
OF SAN DIEGUITO**

Circunstancia atenuantes

<p>Indique cualquier circunstancia especial que pueda calificarlo para recibir asistencia.</p> <p>* Adjunte una hoja de papel por separado si necesita más espacio.</p>	
---	--

PROGRAMA(S)	Qué voy a pagar	Asistencia Solicitada
	\$	\$
	\$	\$

¿Está dispuesto a ofrecer su tiempo a cambio de una reducción de las tasas?

Sí No

Presento verificación de ingresos con mi solicitud de asistencia financiera y certifico que la información anterior es verdadera y completa a lo mejor de mi conocimiento.

Nombre Completo:	Firma:	Fecha:
------------------	--------	--------