

2021 Summer Adventure Camps

Aplicación de Asistencia Financiera



**GREAT FUTURES
START HERE.**



**BOYS & GIRLS CLUBS
OF SAN DIEGUITO**

Por favor tome un momento para revisar los siguientes procedimientos:

Todos los participantes tendrán que volver a aplicar anualmente para asistencia financiera.

Almuerzo Gratuito/Reducido: Si su niño/niña califican para el programa de almuerzo escolar gratuito o reducido, por favor llene toda la aplicación y incluya una copia de su comprobante de calificación del programa.

*El programa de almuerzo escolar gratuito o reducido no se aplica a todos los programas de Boys & Girls Clubs de San Dieguito. Por favor contacte al director de su programa para más información.

Los solicitantes de Asistencia Financiera deberán completar la aplicación y presentar lo siguientes documentos:

- Declaración de impuestos (incluye W-2), el más reciente talón de pago (s), los dos últimos meses de estados de cuenta bancarias de los tutores responsables. Las aplicaciones incompletas no serán procesadas.
- En caso que sea necesario los solicitantes podrían ser entrevistados por el Comité de Asistencia Financiera a discreción del Boys & Girls Clubs de San Dieguito.
- Su comprobante de ingresos será verificado y se comparara con los márgenes federales de pobreza según lo establecido por el Condado de San Diego.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor, no dude en llamar al Boys & Girls Clubs de San Dieguito Summer Camp Office, tel: (858) 720-2180.

Gracias,



**BOYS & GIRLS CLUBS
OF SAN DIEGUITO**

2021 Summer Adventure Camps

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: Day Camp Location: <input type="checkbox"/> Polster <input type="checkbox"/> Harper <input type="checkbox"/> La Colonia <input type="checkbox"/> Griset <input type="checkbox"/> Del Mar Specialty Camp: _____		Género: <input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Femenino Marque una <input type="checkbox"/> Masculino Fecha de nacimiento: _____
Usted califica para: <input type="checkbox"/> Programa Escolar de Almuerzo Reducido <input type="checkbox"/> Programa Escolar de Almuerzo Gratuito		*Proporcione la verificación con la aplicación

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
Correo electrónico y telefono:	Correo electrónico y telefono:

*** 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) documentación Seleccionar Uno <input type="checkbox"/> Padre Uno padres tiene <input type="checkbox"/> Padre Dos	*Debe proporcionar _____ legal si uno los alguna restriccion.	

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:

2021 Summer Adventure Camps

Aplicación de Asistencia Financiera



**GREAT FUTURES
START HERE.**



**BOYS & GIRLS CLUBS
OF SAN DIEGUITO**

Otros Ingresos: (asistencia pública, sustento de menores, seguro social, pensió alimenticia...)	Ingreso Total de la Familia: \$
---	------------------------------------

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:
------------------	--------	--------