



Solicitud de asistencia financiera

Tómese un momento para revisar los procedimientos a continuación:

Solicitud de asistencia financiera Los solicitantes deben volver a solicitar asistencia financiera anualmente. Complete una solicitud para cada niño que solicite asistencia financiera.

El estado de California ha aprobado a todos los niños para el almuerzo gratis independientemente de su nivel de ingresos. Ya no aceptaremos una carta de almuerzo gratis / reducido como prueba de dificultades financieras a menos que indique que está aprobado en función de su estado de ingresos.

Complete toda la solicitud e incluya la documentación que demuestre las dificultades financieras y la necesidad de asistencia financiera. Envíe al menos 2 tipos diferentes de documentación para respaldar su solicitud. Ejemplos de documentación aceptable:

- Declaración de impuestos más reciente (incluya W2 para todos los tutores legales responsables)
- Los dos talones de pago más recientes de todos los tutores legales responsables
- Extractos bancarios de los últimos dos meses para todos los tutores legales responsables
- Documentación que proporcione prueba de elegibilidad de bajos ingresos, como; Médico, SNAP/ EBT / CAL-FRESH, Beneficios de desempleo, etc.
- Cualquier documentación o información adicional que nos ayude a comprender su situación financiera actual.

Es posible que se requiera que los solicitantes se entrevisten con el Comité de Asistencia Financiera a discreción de los Boys & Girls Clubs de Northwest San Diego County. La prueba de ingresos será verificada y comparada con las Pautas Federales de Pobreza establecidas para el Condado de San Diego.

Por favor, espere de 5 a 7 días hábiles para el procesamiento. Las solicitudes incompletas serán devueltas y retrasarán el tiempo de procesamiento. Tras la aprobación, recibirá un correo electrónico que indica el monto otorgado e instrucciones para completar el proceso de registro para su programa específico. Comuníquese con su gerente de programa específico si

Recuadro 1: Información para miembros jóvenes

(proporcione otra solicitud y complete el recuadro 1 para cada niño adicional).

Apellido	Primer Nombre	
Seleccione el / los programa / s para los que solicita asistencia:		Indique la preferencia de género:
ASP(After School) Program: <input type="checkbox"/> Allred <input type="checkbox"/> Del Mar <input type="checkbox"/> Griset <input type="checkbox"/> Harper Teen Center <input type="checkbox"/> La Colonia <input type="checkbox"/> Ocean Knoll <input type="checkbox"/> Polster <input type="checkbox"/> Oceanside		Fecha de nacimiento:
Specialty Program: <input type="checkbox"/> Aquatics <input type="checkbox"/> Athletics (BIG 8) <input type="checkbox"/> CHL <input type="checkbox"/> Bulldogs Basketball <input type="checkbox"/> CVMS <input type="checkbox"/> Youth Arts Academy (YAA) <input type="checkbox"/> Summer Adventure Camps		

Recuadro 2: Información de los padres (requerimos información para los padres o tutores legales)

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

Recuadro 3: Información del hogar

Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solter <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) ✓ Seleccionar Uno <input type="checkbox"/> Padre Uno <input type="checkbox"/> Padre Dos	_____	*Debe proporcionar documentación legal si uno los padres tiene alguna restricción.



Recuadro 4: Información sobre 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, pensión alimenticia...)		Ingreso Total de la Familia: \$

Recuadro 5: Circunstancias atenuantes

Indique cualquier circunstancia especial o atenuante que pueda calificarlo para recibir asistencia financiera. Continúe hacia atrás si necesita más espacio.

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

**** For Administrative Use Only ****

_____ Date Application Received Expiration Date: _____ Y () N () Financial/Income Info
 _____ Scholarship Award % _____ Processed & Approved by
 _____ Parent Contacted _____ Entered in F.A. tracker and Traxs

