

APLICACIÓN PARA LA BECA DEL CLUB DE DEPORTES

Nombre de los Padres: _____ Fecha: _____

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Requerimientos para ser Elegido:

El programa para la Beca del CLUB de Deportes está disponible para familias que puedan llenar los requerimientos de elegibilidad:

Familias de bajo recurso que necesiten cuidado para los niños.

Los padres deben trabajar para poder ser elegible.

- Los dos padres de familia deben trabajar por los menos **280** horas al mes entre los dos padres. Ambos padres deben trabajar a no ser que estén incapacitados.
- Un padre(madre) soltero(a) debe trabajar **120** horas al mes.
- Un padre que asista a la escuela en tiempo completo debe trabajar **40** horas al mes. Los documentos que muestren que está registrado en la escuela son requeridos.
- Familias con un padre ausente de la casa tiene que recibir apoyo financiero bajo la Orden de la Corte o cumplir con la oficina "Child Support Enforcement Division".
- Padres menores que asisten al "high school", GED, o al programa de equivalencia no están requeridos a trabajar.

Información de la Beca:

- La aplicación para procesar la beca debe ser presentada antes del 7 de septiembre de cada año.
- Si esta aplicación no es presentada para esa fecha, será provisionalmente asignada a una lista de espera.
- Las becas no **SON** retroactivas.
- Las becas son el resultado de la generosidad de las personas que financian el Club de Deportes y son otorgadas sin tomar en cuenta raza, religión, sexo, origen nacional o condición.

****Por favor conceda 2-3 semanas para procesarla.**

Lista de Requerimientos para la Aplicación: ** Aplicaciones que no esten completas no serán procesadas**

- Aplicación para la beca del Club de Deportes finalizada (Todas las secciones completas, con iniciales, firmadas y fechadas).
- Documentos de los ingresos mensuales de la casa incluyendo (pero no limitado a):
 - Ingresos recibidos (recibos de pago, formas de impuestos, etc.)
 - Apoyo financiero recibido por el niño(a).
 - SSI, Desempleo, Compensación del Trabajador.
 - Dinero o beneficios que ha recibido de otro origen.
- Para niños de 8 años de edad y menores:** Si no es elegible o tiene documentos de la lista de Espera de la Early Learning Coalition of Southwest Florida oficina (ELC) 239-213-1137.

Marque todo lo que aplique, por que usted necesita cuidado para los niños:

- Horas de trabajo cuando los padres no están disponibles para cuidar a sus niños.
- Horas de escuela de los padres.
- Emergencia (Violencia Doméstica, Crisis en la Familia, Entrevista de Trabajo).

Información Padre/Guardian:

Nombre:		
Estado de Matrimonio:	# de Teléfono:	# de tel. del Trabajo:
Dirección:		
Correo Electrónico (E-mail):		

Información del Hogar:

- Para determinar su beca de cuidado de su niño, necesitamos tener información sobre la entrada mensual que reciben todos los miembros de su hogar.
- Escriba **TODOS** los miembros de su hogar, aunque no reciban ninguna ganancias.
- Ganancias incluye, pero no está limitado a: salario, apoyo financiero al niño(a), SSI, Desempleo, Compensación del Trabajador, y/o dinero o beneficios recibidos de otro origen.
- Verificación de ganancias recibidas/ganadas es requerido. Los documentos incluyen: copias de cheques, giro postal, cartas de beneficios de premios, y formas de impuestos.
- **Documentos de las últimas 4 semanas deben ser incluidos.**
- Si ningún miembro del hogar ha recibido dinero, escriba zero como ganancia.

Miembros Adultos del Hogar:

*Incluya **TODOS** los miembros adultos del hogar en esta sección (si ellos no reciben dinero, marque “zero”)

Nombre Completo	Número del Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Masculino o femenino	Lugar de Trabajo	Ganancia Mensual

Miembros Menores del Hogar:

*Incluye **TODOS** los menores presents en el hogar (escriba la ayuda al niño en Ganancia Mensual)

Nombre Completo	Número del Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Masculino o femenino	Grado	Escuela Donde Asiste	Ganancia Mensual

Responsabilidades de los Padres:

**** Escriba sus iniciales en cada Línea según la lee ****

1. Yo reportaré los siguientes cambios al CLUB de Deportes **en los primeros diez días:**
 - A. _____ Cambio de trabajo de cualquier miembro de la casa.
 - B. _____ Cambio de posición del trabajo (ejemplo: salario y horario).
 - C. _____ Cambio de residencia o dirección.
 - D. _____ Pérdida o aumento de otro miembro de la casa.
 - E. _____ Cambio de asistencia de algún padre a la escuela.

2. Yo comprendo que mi hijo(a) debe:
 - A. _____ **Asistir un mínimo de 12 días por mes.**
 - B. _____ Si el niño(s) exceden la cantidad de días de ausencia, los padres deban presentar documentos explicando la razón (ejemplo: Nota de Médico).

3. Yo Soy responsable de pagar mi propio cuidado niño(a) hasta que:
 - A. _____ De determine que soy elegible para la ayuda..
 - B. _____ Carta de aprobación ha sido aprobada por el comité de becas..
 - C. _____ Los fondos están disponibles y la familia ha sido seleccionada de la lista de espera.

4. Yo entiendo que debo pagar por todos los cargos u entiendo que son las siguientes condiciones:
 - A. _____ El cargo anual de \$40 por la registración debe ser pagado en total por los padres.
 - B. _____ Los pagos semanales se vencen el primer día que mi niño(a) asiste cada semana.
 - C. _____ **La cuenta debe mantenerse al corriente y no atrasarse en el pago.**

5. Yo entiendo que mi beca de CLUB de Deportes sera terminada si:
 - A. _____ Mi familia se convierte inelegible.
 - B. _____ Los fondos del programa no están disponibles.
 - C. _____ Si la cuenta no esta pagada a su tiempo.
 - D. _____ La asistencia del niño(a) es menos de 12 días por mes.

6. Yo entiendo que debo:
 - A. _____ Volver a presentar la verificación de sueldo para el 1ro. De Mayo del año corriente, para poder mantener la beca durante los meses de verano.
 - B. _____ Entiendo que si no vuelvo a presentar la información para el 1ro. De Mayo del año corriente, mi beca quedará inactiva después del ultimo día de escuela del año corriente.

Al firmar debajo afirmo que toda ésta información es correcta y verdadera. El solicitante reconoce que el/ella se compromete de toda responsabilidad civil o criminal que puedan subsistir por someter una aplicación falsa. El solicitante reconoce que si alguna información es falsa, é les responsable de pagar al CLUB de Deportes de todos los fondos y costos dados asimismo.

Nombre del Solicitante en Letra de Imprenta: _____

Firma de Solicitante: _____

Fecha: _____