



# Urbana Park District

## APLICACIÓN DE BECAS JUVENILES

1. El programa de Becas Juveniles de Urbana Park District (Distrito de Parques de Urbana) está disponible para aquellos que residen dentro de los límites del distrito de parques. La residencia se basa en los impuestos pagados al distrito de parques; por lo tanto, no todo el mundo con una dirección de Urbana es un residente del distrito parque. Los residentes de Urbana que son los no residentes en el distrito de parques son elegibles para solicitar una exención de la cuota no residente.
2. Urbana Park District otorga becas parciales para los residentes de Urbana Park District basado en la necesidad económica y la disponibilidad de fondos. Las becas están disponibles mientras los fondos permitan. **No se entregarán becas completas.** Esto permite que más gente participe. Será el juicio del Superintendente de Recreación determinar la cantidad otorgada.
3. Por favor, espere por lo menos 5 días laborales para que su solicitud sea procesada. **Las solicitudes de becas deben ser recibidas por lo menos 2 semanas antes de la fecha límite de un programa.**
4. Usted será contactado por teléfono o correo electrónico sobre el estado de su solicitud. Siendo la ayuda concedida no garantiza su puesto en los programas de Urbana Park District. Si se concede la ayuda, debe seguir las pautas actuales de registro y pagar su parte de los honorarios del programa para ser inscrito en el programa. No se ha registrado hasta que se reciba su pago. No habrá un lugar reservado para su hijo antes del pago recibido. *Habrá un cargo de \$25 por servicio en todos los cheques devueltos y los pagos programados serán negados.*
5. Por favor, limite el número de solicitudes de presentación de 2 por Guía de Programación. No hay límite en el número de programas que puede solicitar por sumisión.
6. Para aplicar para una beca, el representante del hogar debe completar y firmar esta solicitud.
7. Los siguientes artículos no están disponibles para las becas: membresías a Urbana Indoor Aquatic Center (el Centro Piscina Techada de Urbana), programas para adultos, clases de natación privadas, camisetas deportivas, y membresías al Urbana Dog Park (Parque de Perros de Urbana).

### Por favor, incluya la siguiente con su solicitud:

- Prueba de residencia
- formulario de solicitud totalmente completada
  - Toda la información de los participantes
  - Toda la información del programa
  - Toda la información de la familia
- Comprobante de ingresos económicos que apliquen (**Se requiere que todos los ingresos de adultos**)
  - Los dos últimos recibos de pago de cada trabajo y cada persona o dos últimos estados de cuenta bancarios mensuales
  - Carta de Linkcard.
  - Carta de los estipendios
  - Manutención de menores
  - Desempleo
  - Formularios de impuestos autoempleo

*En circunstancias especiales, tenemos el derecho de pedir formularios de impuestos y / o otra información de ingresos.*

### El Urbana Park District se reserva el derecho de rechazar las solicitudes incompletas.

Al enviar esta solicitud, usted reconoce que ha leído y entendido todas las directrices.

Por favor, devuelva los formularios y documentos de apoyo a:

**Urbana Park District  
Phillips Recreation Center  
505 W. Stoughton  
Urbana, IL 61801**

Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda para llenar la solicitud, **por favor llame al 367-1544, ext. 0.**

## **Urbana Park District**

### **Renuncia y Liberación de todas las reclamaciones**

Reconozco que hay ciertos riesgos de daño físico a los participantes en el programa anterior(es), y me comprometo a asumir todo el riesgo de lesiones, daños o pérdidas, independientemente de la gravedad que yo o mi hijo menor de edad / pupilo pueda sostener como resultado de la participación en cualesquiera y todas las actividades relacionadas o asociadas programa(s) de este tipo. Estoy de acuerdo en renunciar y abandonar todas las reclamaciones que yo o mi hijo menor de edad pueda tener como resultado de su participación en el programa contra el Distrito y sus oficiales, agentes, funcionarios y empleados.

Yo libero totalmente y descargo el Distrito y sus oficiales, agentes, funcionarios y empleados de cualquier y todos los reclamos de lesiones, daños o pérdidas que yo o mi hijo menor de edad puede tener o que puedan devengarse a mí o mi hijo menor de edad, relacionada con, o de cualquier manera relacionados con las actividades del programa(s).

También estoy de acuerdo en indemnizar y mantener indemne y defender el Distrito y sus oficiales, agentes, funcionarios y empleados de cualquier y todas las reclamaciones derivadas de lesiones, daños y pérdidas sufridas por mí o mi hijo menor de edad, relacionados con, o de ninguna manera asociado con las actividades del programa(s). En caso de una emergencia, autorizo a los funcionarios del Distrito para asegurar de cualquier hospital, médico, y/o el personal médico con licencia cualquier tratamiento considere necesario para mí o para la atención inmediata de cualquier niño menor de edad y estoy de acuerdo que seré responsable por el pago de todos servicios médicos prestados.

**Un cargo de cancelación puede ser acusado si cancela una clase o programa.**

*Habrá un cargo de \$25 por servicio en todos los cheques devueltos y los pagos programados serán negados.*

Al enviar esta solicitud, autorizo el Urbana Park District y la ciudad de la División de Gestión de Becas de Urbana para verificar mis ingresos para determinar mi elegibilidad. Por la presente autorizo que la información referente a mi historia pasada y presente financiera Urbana Park District y la ciudad de Urbana División de Gestión de Becas con el propósito de determinar la elegibilidad. Una fotocopia de esta certificación deberá ser suficiente como debida autorización para la divulgación de la información que se hace referencia anteriormente.

## APLICACIÓN A BECAS DE URBANA PARK DISTRICT

<b>Office Use Only</b> Received By: _____ Date: _____ Jan-April    May-Aug    Sept-Dec    Year: _____ Resident    Non-Resident: _____	Approved    By: _____ Denied        Date: _____ Comments: _____	Contacted By: _____ Date: _____
--	---	------------------------------------

**Por favor escriba claramente**

Contacto Principal \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono Primario (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Secundario (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono de Emergencia (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Cómo le gustaría ser contactado acerca de su aprobación? Por favor, marque una: Telefono: Primario    Secundario    Trabajo    Email

**Por favor, indique cada participante y un programa separado. Por favor, utilice un formulario adicional si es necesario.**

**Por favor, complete en Inglés**

Participante (Nombre y Apellido)	Fecha de Nacimiento		M/F	Edad	Programa Número	Programa Nombre	Fecha que empieza mm/dd	Cuota	<b>Office Use Only</b>			
	mm/dd/aa								Waive	Due	CD	2 <sup>nd</sup> Reg Date
1. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
7. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
8. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
9. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
10. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
11. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
12. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
13. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
14. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
15. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
16. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
17. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
18. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
19. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
20. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____

\$ _____	<b>Totals</b>
----------	---------------

Al firmar a continuación, certifico que la información que he dado con respecto a mi ingreso y la dirección es correcta y actual. También certifico que he leído la Exención y Liberación de todas las reclamaciones que se encuentran en la página 2 de esta solicitud.

Por favor escriba el nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Información ADA**

**¿Necesita alguna acomodación de acuerdo con la Ley de Discapacidad de América para participar en una actividad o programa o utilizar una instalación?**

No

Si

Información: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La siguiente información es solicitada por el Gobierno Federal para vigilar el cumplimiento de las leyes de igualdad de oportunidades de crédito. Usted no está obligado a proporcionar esta información. Sin embargo, si usted decide no proporcionar esta información, las regulaciones federales requieren que esta agencia notar la raza y el sexo, sobre la base de la observación visual o apellido. Si usted no desea proporcionar esta información, por favor, sus iniciales a continuación.

*Esta información no se utiliza para determinar la elegibilidad de becas, ni su nombre se une a ningún resultado. Es sólo para fines estadísticos.*

No deseo proporcionar esta información \_\_\_\_\_ (inicial)

	<b>Nombre</b>	<b>Sexo</b>	<b>Raza/Origen Nacional</b>
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____

**Raza/Origen Nacional**

Indio o de Alaska Indígena de América

Asia, las islas del Pacífico

Negro / afro-americanos

Blanco / Hispana

Blanco / No-Hispano

Multi-Racial

Otros (Favor especificar)

**INFORMACIÓN DE INGRESOS**

Listar **Todos** los ingresos recibidos **por mes** para cada persona en el hogar. **Los ingresos incluyen las fuentes no en efectivo, incluyendo (pero no limitados a): cantidad de Linkcard, becas, donaciones de otras agencias, la vivienda protegida y la Asistencia Pública.** Usted deberá anotar el ingreso bruto **antes** de las deducciones de impuestos, social security (seguridad social), etc. Usted debe listar todos los empleadores y los ingresos. Usted está obligado a proporcionar copias de recibos de cheques, estados de cuenta bancarios, o una carta del empleador (en papel con membrete oficial) para verificar los ingresos.

1. Nombre \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Mensual Earnings \_\_\_\_\_

Fuente de Otros Ingresos \_\_\_\_\_ Mensual Otro Income \_\_\_\_\_

2. Nombre \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Mensual Earnings \_\_\_\_\_

Fuente de Otros Ingresos \_\_\_\_\_ Mensual Otro Income \_\_\_\_\_

3. Nombre \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Mensual Earnings \_\_\_\_\_

Fuente de Otros Ingresos \_\_\_\_\_ Mensual Otro Income \_\_\_\_\_

¿Recibe asistencia de cuidado de niños? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ caso afirmativo, de qué agencia? \_\_\_\_\_

**Por favor, marque todas las que apliquen.**

- Compensación monetaria de servicios que incluyen sueldos, salarios, comisiones u honorarios
- Ingreso neto de trabajo agrícola y no-agrícola de su propio trabajo
- Social Security
- Compensación por desempleo
- Pensiones gubernamentales privadas o anualidades o pagos
- Los pagos de manutención de menores
- Becas para la educación o la investigación
- Estipendios o apoyo estudiantil ningún tipo
- Dividendos o intereses sobre bonos de ahorros o ingresos de sucesiones o fideicomisos
- Los ingresos netos por alquiler
- Ingreso de familiares o cualquier persona en otros países
- Contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar
- Las regalías netas

**INFORMACIÓN FAMILIAR**

Número de adultos que viven en hogares \_\_\_\_\_

Número de niños que viven en hogares \_\_\_\_\_

Total de personas viven en el hogar \_\_\_\_\_

**TOTAL DE INGRESO FAMILIAR MENSUAL**

\$ \_\_\_\_\_ x 12 = ANUAL INGRESOS \$ \_\_\_\_\_

**2- SEMANA HORARIO DE PAGO: INGRESOS**

\$ \_\_\_\_\_ x 26 = ANUAL INGRESOS \$ \_\_\_\_\_

**Favor marcar todas la que apliquen.**

**Liste cualquier ingreso no listado**

Ingresos Valor monetario

Link Card \$ \_\_\_\_\_

Becas \$ \_\_\_\_\_

Donaciones \$ \_\_\_\_\_

Casa \$ \_\_\_\_\_

Welfare \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_