



兒童及青年費用補助申請

1. Urbana 市公園管理處之兒童及青年費用補助計劃的申請對象為居住于其公園區管轄範圍內的居民。公園區居民的認定是以繳稅給公園區為依據；因此，並非所有地址為 Urbana 市的市民皆為公園區的居民。非公園區居民的 Urbana 市民有資格申請非居民費用補助。
2. Urbana 公園管理處會根據經濟情況需要及可用資金來提供其居民部分費用補助，在資金許可範圍下提供費用補助的申請。為了使更多人可以參與，我們**不提供全額費用補助**，補助的金額將由公園處長決定。
3. 申請程序需要至少五個工作天，**費用補助申請務必要在課程報名截止兩星期前提出**。
4. 申請後我們會以電話或電子郵件通知。請注意，獲得金額補助並不保證報名名額。費用補助申請成功後，請務必依照課程簡章的程序註冊，並繳交減免後您應支付的費用，才算完成報名程序。**未收到繳費以前，不算完成報名**，我們將不會為您的孩子保留名額。若有支票被退或定期付款被拒絕的情況發生，將酌收 \$25 元服務費。
5. 每季課程僅能提交兩次費用補助申請，每次申請時並無限制申請補助的課程數目。
6. 費用補助申請必須由家庭的成年人家長填寫完成並且簽名。
7. 下列項目不能申請費用補助：Urbana 室內游泳中心會員費，所有成人課程，個人游泳課，團隊運動服，以及狗公園會員費。

申請時請繳交下列文件：

- 居民證明
- 填寫完成的申請書，包括
 - 所有報名參加者的資料
 - 所有的課程資訊
 - 所有的家庭資料
- 家庭收入證明（需列出家庭內全部成年人的收入），包括下列所有適用項目
 - 最近兩個月每個人每份工作的薪資單或最近兩個月的銀行月結單
 - 連結卡的信件
 - 助學金明細或薪資單
 - 子女撫養費
 - 失業證明
 - 自主經營的繳稅單

在某些特殊情況下，我們有權利要求您出示所得稅申報單以及其他所得資料。

Urbana 市公園管理處保留權利拒絕任何未能完整填寫的申請書。

經由提出該申請，您承認您已閱讀並理解所有規範條例。

請將完整的申請書以及證明文件一併寄至

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

如您有任何疑問或者需要協助完成申請，請電 **367-1544, ext. 0**

Urbana Park District

風險承擔與放棄索賠同意書

我認識並瞭解在參加一些課程項目時會有人身傷害的風險。因此我同意全權承擔一切風險，包括我以及我的子女/受監護人在參與任何課程項目及其相關的活動時所可能受到的身體傷害，財產損害或損失，無論損傷的輕重。我同意豁免公園管理處的一切責任以及放棄對其管理人員，代理人員，服務人員及雇員索賠或訴訟。

我在此完全免除公園管理處內所有管理人員，代理人員，服務人員及雇員的所有責任與理賠，包括我或我的子女/受監護人在參與課程及與課程相關的一切活動中所可能發生的身體傷害，損害或損失。若有在上述情況下發生的理賠訴訟，我同意賠償及辯護公園管理處及其人員，使其免受損害。在緊急情況下，我授權給公園管理處的工作人員，以確保我或我的子女/受監護人能從任何有執照的醫院，醫生以及醫療人員得到必須的緊急治療，我並同意負責支付所以醫療費用。

如欲取消課程可能會酌收取消的費用。若有支票被退或定期付款被拒絕的情況發生，將酌收\$25 元服務費。

經提出本次申請，我在此授權公園管理處及 Urbana 市經費管理局核對我的收入來確定我的申請資格，我在此授權公園管理處及 Urbana 市經費管理局有權利獲得我過去和現在的財務史資料以決定我的資格，本文件的複印本足夠適當的授權來獲取上述的資料。

URBANA 公園管理處費用補助申請書

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

請清楚填寫

主要聯絡人 _____ 生日 _____

住家地址 _____ 城市 _____ 州 _____ Zip _____

主要聯絡電話(____) _____ 備用聯絡電話(____) _____

工作電話(____) _____ 電子郵件 _____

緊急聯絡人 _____ 緊急聯絡電話(____) _____

申請通過後您希望以何種方式得到通知？ 請圈選 電話：主要電話 備用電話 工作電話 電子郵件

請分項列出所有參加人及參加課程，如有需要請使用額外的表格，請以英文填寫

參加人 請列全名	生日		課程代碼	課程名稱	起始日期 月/日	費用	Office Use Only			
	月/日/年	男/女					年齡	Waive	Due	CD
1. _____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
7. _____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
8. _____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
9. _____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
10. _____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
11. _____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
12. _____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
13. _____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
14. _____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
15. _____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
16. _____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
17. _____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
18. _____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
19. _____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
20. _____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
						\$ _____	Totals			

由以下的簽名，我保證我已經提供目前正確的收入資料與地址，我並保證我已詳讀第二頁的風險承擔與放棄索賠同意書。

請填寫姓名 _____

簽名 _____

日期 _____

ADA Information

依據美國殘疾人保障法案，在參與活動，課程及使用設施時，您需要任何額外的協助嗎？

No

Yes

Information: _____

以下的資料是由聯邦政府要求用以監督是否遵照平等信貸機會法，您沒有必要提供這些資料，但是，若您選擇不提供以下資料，聯邦法律規定本機構必須依當面觀察或者姓氏來決定種族及性別。如果您不願意提供以下資訊，請在下面簽上您姓和名的第一個字母。

以下資料並非用來決定申請資格，您的名字也不會被附加在任何結果中，僅用於統計目的。

我不願意提供以下資料 _____ (字母署名)

姓名	性別	種族/國籍
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

種族/國籍

美國印第安人或阿拉斯加原住民
亞洲人，太平洋島嶼人民
黑人/非裔美國人
白人/拉丁美洲人
白人/非拉丁美洲人
多種族
其他（請詳列）

Race/National Origin

American Indian or Alaskan Native
Asian, Pacific Islander
Black/African-American
White/Hispanic
White/Non-Hispanic
Multi-Racial

Other (Please List)

收入資料

請詳細列出每位家庭成員每個月的所有收入，所得包括非現金的收入來源，包括（但不限於）：連結卡金額，補助金，其他機構的捐款，住房補貼，以及公共援助。您必須列出總收入，在此指未扣除稅金及社會安全福利等等之前的所得，列出所有的雇主和收入，您需要提供支票存根，銀行賬單，或雇主的信件（官方信箋）來驗證收入。

1. 姓名 _____ 年齡 _____

雇主 _____ 每月收入 _____

其他收入來源 _____ 每月其他收入 _____

2. 姓名 _____ 年齡 _____

雇主 _____ 每月收入 _____

其他收入來源 _____ 每月其他收入 _____

3. 姓名 _____ 年齡 _____

雇主 _____ 每月收入 _____

其他收入來源 _____ 每月其他收入 _____

您有獲得育兒補助嗎？ 否 _____ 是 _____ 若有，從哪一個機構？ _____

請勾選所有適用項目

- 對服務的金錢補償，包括工資，薪水，佣金及手續費
- 非農業及農業的自主經營總收入
- 社會福利金
- 失業救助金
- 政府和私人養老金或年金或付款
- 贍養費及子女撫養費
- 教育或研究資助經費
- 學生津貼或任何獎助學金
- 儲蓄債卷的股利或利息及房地產或信託的收入
- 租金淨收入
- 任何家庭成員在其他國家的收入
- 由其他不同住在家中的人定期捐贈
- 所有版權收入

家庭資料

住在家中的成人數目 _____

住在家中的兒童數目 _____

住在家中的總人數 _____

請勾選所有試用項目，並列出下面未顯示的項目

收入	金額
<input type="checkbox"/> 連結卡	\$ _____
<input type="checkbox"/> 補助金	\$ _____
<input type="checkbox"/> 捐款	\$ _____
<input type="checkbox"/> 住房津貼	\$ _____
<input type="checkbox"/> 社會福利	\$ _____
<input type="checkbox"/> _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> _____	\$ _____

每月家庭總收入 \$ _____ x 12 = 年收入 \$ _____

如為每兩周領薪，每次收入 \$ _____ x 26 = 年收入 \$ _____