

# Solicitud de asistencia financier

Por favor, escriba claramente y complete toda la información.



## Información de Camper

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre de pila: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

Dirección/Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Cumpleaños: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)

Agencia Patrocinadora: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Compruebe aquí  si el campista es un niño de crianza temporal. Número de caso: \_\_\_\_\_

*Proporcionar programas de campamentos de verano a precios que los padres pueden permitirse es un desafío cada vez mayor y nos obliga a aprovechar los recursos de financiamiento disponibles. Uno de esos recursos es el programa de reembolso en efectivo del USDA para la comida servida a niños necesitados. Esto le beneficia porque nos ayuda a mantener los costos bajos y mantener nuestro programa de tarifas bajo, mientras que proporciona un excelente servicio de alimentos para su hijo. Toda la información será estrictamente confidencial. Este programa está disponible para todos sin consideraciones de raza, color, origen nacional, edad, sexo, discapacidad o religión. Cualquier persona que crea que ha sido discriminado debe ponerse en contacto con el Director de la Oficina de Derechos Civiles del USDA, Sala 326-W, Edificio Whitten, 1400 Independence Ave SW, Washington DC 20250-9410 ó 202-720-5964.*

## 2019 Sesiones de Campamento de Verano

Sesión	Fecha	Costo	Deposito	Compensar	Saldo Adeudado
1	6/23 - 6/29	\$790	\$200	\$590	junio 14
2	6/30 - 7/6	\$790	\$200	\$590	junio 14
3	7/8 - 7/14	\$790	\$200	\$590	junio 14
4	7/16 - 7/22	\$790	\$200	\$590	junio 14
5	7/24 - 7/30	\$790	\$200	\$590	Junio 14
6	8/1 - 8/7	\$790	\$200	\$590	junio 14
CIT	todas las sesiones	\$465	\$200	\$265	junio 14
Día de campo	Días de la semana 6/24 - 8/9	\$250	\$100	\$150	junio 14

**Para más información sobre nuestro Los programas de verano visitan [www.cyocamp.org](http://www.cyocamp.org).**

## Directrices para Elegibilidad de Ingresos

Tamaño de la familia	Ingresos Anuales	Ingreso Mensual	Ingresos Semanales
1	\$22,459	\$1,872	\$432
2	\$30,451	\$2,506	\$586
3	\$38,443	\$3,204	\$740
4	\$46,435	\$3,870	\$893
5	\$54,427	\$4,536	\$1,047
6	\$62,419	\$5,202	\$1,201
7	\$70,411	\$5,868	\$1,355
8	\$78,403	\$6,534	\$1,508
Por cada familia adicional Miembro agregar:	\$7,992	\$666	\$154

**B.** Si recibe CalFresh, CalWORKs, Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR), Ley de Inversión en la Mano de Obra (WIA) o beneficios de Kin-GAP para su hijo, anote el número de caso:

Caja de estampillas de comida #: \_\_\_\_\_ CalFresh #: \_\_\_\_\_ CalWORKs #: \_\_\_\_\_

Kin-GAP #: \_\_\_\_\_ FDPIR #: \_\_\_\_\_ WIA #: \_\_\_\_\_

Completa el lado 2 →

# Solicitud de asistencia financier

Por favor, escriba claramente y complete toda la información.



**C. Complete esta parte solamente si no recibe CalFresh, CalWORKs, el programa de distribución de alimentos en Indian Reservations (FDPiR), Workforce Investment Act (WIA) o beneficios de Kin-GAP para su hijo. De lo contrario, vaya a la parte D. Deba-jo de Nombre debe listar el nombre de CADA PERSONA que vive en su hogar, incluyendo usted Y el niño que aparece en la página uno. En la lista de columnas TODOS los ingresos recibidos el mes pasado en la misma línea que la persona que lo recibió. Debe enu-merar los ingresos BRUTOS (antes de las deducciones antes de impuestos). Si la persona tenía más de una fuente de ingresos, liste cada cantidad en la columna correcta. Para el ingreso mensual, multiplique los ingresos BRUTOS por 4.33 si se reciben semanal-mente; Por 2,15 si se recibe cada dos semanas; O por 2 si se recibe dos veces al mes.**

Nombre (Primero último)	Salarios Antes de deducciones	Bienestar, manutención de los hijos & Pensión alimenticia	Pensiones & Seguridad Social	Todas las demás fuentes
1. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

**Ingresos mensuales brutos financieros de todas las fuentes**

Salario total mensual / salarios antes de deducciones: \$ \_\_\_\_\_

Total de Bienestar Mensual, Manutención de Niños y Pensión Alimenticia: \$ \_\_\_\_\_

Total de Pensiones Mensuales y Seguridad Social : \$ \_\_\_\_\_

Ingreso mensual total de todas las otras fuentes : \$ \_\_\_\_\_

**Número de personas  
en el hogar que  
dependen de los  
ingresos anteriores:**

**D. Todos los solicitantes deben tener en cuenta:** un padre / tutor legal debe firmar esta certificación de los datos antes de considerar la solicitud.

- Entiendo que esta información proporcionará la base para el pago de fondos federales y otras formas de asistencia financiera y que la información sobre la solicitud está sujeta a verificación.
- Certifico bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que toda la información anterior es verdadera y correcta y que todos los ingresos son reportados.
- Ni los Guardias ni ninguna otra organización patrocinadora serán responsables de ninguna pérdida o lesión sufrida por el solicitante o el niño durante el Campamento de Verano CYO.
- Declaración de exención de responsabilidad de pago de depósito: Entiendo que si soy elegible, debo pagar el monto del depósito no reembolsable para la sesión elegida para que mi hijo asista al campamento.
- Si el personal del campamento de verano de CYO determina que el campista necesita regresar a su casa por cualquier motivo (incluyendo enfermedad, nostalgia o dificultades de conducta), como responsable, entiendo que haré arreglos para recoger al campista dentro de las 12 horas de esa determinación. Si no puedo arreglar el transporte dentro de las 12 horas, un miembro del personal de CYO Camp conducirá al campista a casa y aceptará pagar una tarifa de transporte de \$ 150.

Nombre impreso del padre / tutor completando el formulario: \_\_\_\_\_ SSN (Últimos cuatro dígitos) XXX-XX-\_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo): \_\_\_\_\_ Marque aquí si no hay SSN

Dirección de casa: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Firma del padre/guardián que completa el formulario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

La Sección 9 de la Ley Nacional de Almuerzos Escolares requiere que, a menos que se provea el número de su cupón de comida, debe incluir el número de Seguro Social del padre o guardián que es el principal asalariado o una indicación de que ninguno de los miembros del hogar posee un Seguro Social número. La provisión de un número de Seguro Social no es obligatoria, pero si no se proporciona un número de Seguro Social o no se indica que ni el asalariado principal ni el miembro adulto del hogar que firma la solicitud tiene uno, la solicitud no puede ser aprobada. Esta notificación debe ser llevada a la atención del miembro del hogar cuyo número de Seguro Social es revelado. El número de Seguro Social puede ser usado para identificar al miembro del hogar en el desempeño de nuestro esfuerzo para verificar la exactitud de la información indicada en la solicitud. Estos esfuerzos de verificación pueden llevarse a cabo a través de exámenes de programas, auditorías e investigaciones y pueden incluir ponerse en contacto con los empleadores para determinar los ingresos, ponerse en contacto con un estampilado de comida o con la oficina de bienestar social para determinar la certificación actual para recibir cupones de alimentos / FDPiR / Kin-GAP / SNAP-CalWORKs. Ponerse en contacto con el oficial de seguridad del empleo del Estado para determinar la cantidad de beneficios recibidos y verificar la documentación producida por el miembro del hogar para probar la cantidad de ingresos recibidos. Estos esfuerzos pueden resultar en una pérdida o reducción de beneficios, reclamaciones administrativas o acciones legales si se informa información incorrecta.

## NO ESCRIBA EN ESTA ZONA

### Categorical Eligibility

Household Categorically Eligible:  YES  NO

Foster Child Automatically Eligible:  YES  NO

Total Annual Income: \_\_\_\_\_ Household Size: \_\_\_\_\_

Income Eligibility  YES  NO

FAO: \_\_\_\_\_ Not Eligible

Authorized Representative Signature

Date