



FY _____

SOLICITUD DE BECA

Los residentes elegibles del distrito y los miembros de familia recibirán un 50% de descuento de su exención de cuota, hasta \$150 por miembro elegible de familia, por año fiscal. Para ser candidato elegible, la solicitud debe completarse en su totalidad antes de enviarla.

Instrucciones de la solicitud, POR FAVOR LEA CON CUIDADO:

Para ser candidato a una beca, usted debe ser residente de Willamalane Park and Recreation District. En necesario comprobar residencia en el distrito. Deberá presentar uno de los siguientes documentos para verificar su residencia (debe ser actual). **WPRD adjuntará una copia del documento a la solicitud.**

- Licencia para conducir de Oregón
- Factura de Servicios Públicos
- Cuenta Activa de Ahorros o de Cheques
- Registro de Nómina de Empleados
- DD214
- Registro de Agencia Social
- Comprobante de Pago de Impuestos en Lane County (u otro distrito)
- Hipoteca o Contrato de Arrendamiento
- Comprobante de Crianza Temporal

La beca máxima es del 50% de la tarifa del programa, y la recompensa máxima es de \$150 por persona en un año fiscal. Los créditos y reembolsos serán prorrateados en base a la porción que el miembro aporte a la cuota, en caso de que el programa se cancele o no funcione.

Este no es un formato de registro. Una vez que usted haya sido aprobado en el Programa de Becas, podrá registrarse en programas obteniendo un 50% de descuento en su tarifa. El registro le asegurará su lugar en el programa.

Persona que llena la solicitud:

Fecha: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ Email: _____

Por favor indique si usted recibe cualquiera de los siguientes beneficios: (Debe presentar el documento o una prueba)

- | | | |
|---|-----------------------------------|--|
| _____ Programa de cupones para alimentos (SNAP) | _____ Tarjeta de Oregon Trail | _____ Declaración de beneficios por desempleo |
| _____ Seguro de Salud "Medicaid" | _____ Programa LIHEAP | _____ Afiliación al Plan de Salud de Oregón |
| _____ Almuerzos gratis o con beneficios | _____ Asistencia Médica de Oregón | _____ Otros/ Exención de pago por adversidad económica * |

*Por favor explique brevemente al reverso de este formato *

Si el beneficiario es distinto a la persona que está llenando la solicitud, indíquelo aquí y llene la lista debajo.

(Solo miembros que solicitan asistencia)

Nombres de los miembros de familia: _____ Fecha de Nacimiento _____
(que vivan en la misma casa)

Yo autorizo que se investiguen las declaraciones contenidas en este formato si es necesario para determinar mi / nuestra elegibilidad para el Programa de Becas.

Firma : _____

Fecha : _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA:

Received by: _____

Proof of ID: _____

Proof of Residency: _____

Approval date _____

Supervisor's signature: _____



Breve explicación de su “Exención de pago por adversidad económica” y su necesidad para una beca:

Existe la posibilidad de que uno de nuestros supervisores le busque para solicitar información adicional