BRECKENRIDGE RECREATION DEPARTMENT

Solicitud de Apoyo Financiero

TOWN OF BRECKENRIDGE
RECREATION CENTER

Con el fin de brindar acceso a todos los residentes de Breckenridge a nuestros programas, las personas pueden usar este formulario para solicitar apoyo financiero. Este apoyo puede cubrir una parte o la mayor parte del costo de un programa o del pase a las instalaciones. Todas las solicitudes enviadas serán revisadas según la necesidad expresada por cada solicitante. La solicitud completa debe entregarse en el Centro de Recreación de Breckenridge. El apoyo financiero se otorga por un período de un año, de enero a diciembre del mismo año en que se recibe la solicitud. El comité revisará cada solicitud y, si es aprobada, el solicitante recibirá un descuento en programas juveniles, programas para adultos y/o membresías. Las solicitudes deben completarse cada año con información actualizada. Las solicitudes de apoyo financiero para programas recreativos deben enviarse al menos 15 días antes de que comience el programa. Los programas pueden llenarse, y la aprobación del apoyo financiero no garantiza un lugar en el programa, ya que los espacios se asignan por orden de llegada. Una vez aprobado el apoyo, se le contactará por correo electrónico y podrá inscribirse en la recepción del Centro de Recreación. También será necesario completar y firmar un código de ética antes de registrarse en un programa o comprar una.

Por favor, complete el formulario en su totalidad y escriba en letra de molde todas las respuestas.

Fecha: _____ Tipo de Program: Juvenil: ☐ Adulto: ☐ Membresía: ☐

Por favor, especifique a qué programa corresponde la solicitud o qué tipo de membresía del Centro Recreativo desea:

_____

_____

_____ _____

Petición de Ayuda Total: _____%

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE – PERSONA QUE RECIBIRÁ EL APOYO FINANCIERO		
Apellido	Nombre	Inicial
Dirección Física		Unidad
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono	Correo Electrónico	
Fecha de Nacimiento	Género (Marque Uno) ☐ Masculino ☐ Femenino	
Nombre del Padre/Guardián (si menos de 18):		
Por favor, proporcione una breve explicación de su dificultad financiera para solicitar apoyo: (utilice el reverso de la hoja si es necesario)		

OPCIONAL: Por favor, incluya copias de cualquier documento que pueda demostrar su necesidad de apoyo financiero junto con esta solicitud. Los documentos se mantendrán archivados durante 12 meses y se tratarán de forma confidencial. Marque los documentos que está proporcionando:

☐ CHP+ - Medicaid – Bajo Ingreso Estatal	☐ Tarjeta de Colorado Indigent Care Program	☐ Tarjeta de WIC (Women/Infant/Children)
☐ Aprobación para Almuerzo Escolar Gratis o Reducido	☐ CCAP – Pograma de Ayuda Condado de Summit	☐ Comprobante de ingresos

Firma del Solicitante o Padre/Guardián (si menos de 18) & Fecha: _____

OFFICE USE ONLY BELOW THIS LINE			
Date Application was Received: _____		Date Applicant was Notified of Approval/Denial: _____	
Supervisor/Director (if more than 25% support requested):	☐ Approved	☐ Denied	