



## CITY OF CALDWELL PARKS & RECREATION

### “SECRET PAL”

#### SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

#### ELIGIBILITY

1. Los solicitantes deben residir dentro de los límites de la ciudad de Caldwell..
2. La Ciudad de Caldwell cree que se desarrolla un fuerte sentido de propiedad y orgullo si el destinatario de la asistencia financiera ha contribuido al costo de su participación en el programa; por lo tanto, se pedirá a los solicitantes que paguen una parte de las tarifas.
3. Los solicitantes son elegibles para un descuento de hasta el 75% de las tarifas del programa, un beneficio máximo de \$250 por persona y \$500 por familia por año.

#### CÓMO APLICAR

1. Las solicitudes están disponibles en línea y en la oficina de Parques y Recreación de la Ciudad de Caldwell.
2. La solicitud debe completarse en su totalidad y enviarse con UNA de las siguientes opciones:  
  
Opción A) Documentación de que la familia actualmente recibe asistencia (es decir, Cupones de alimentos o Medicaid); O  
  
Opción B) Su declaración de impuestos del año anterior y comprobante de ingresos mensuales actuales.

#### PROCESO DE SELECCIÓN

La elegibilidad para recibir asistencia financiera será determinada por el Superintendente de Recreación o el personal asignado, basándose en una revisión exhaustiva de la solicitud y una entrevista con el solicitante. La determinación de los beneficios se completará dentro de una semana de la presentación de la solicitud. Las subvenciones se concederán en la medida en que haya fondos disponibles. La ciudad de Caldwell se reserva el derecho de negar asistencia a cualquier solicitante.

City of Caldwell Parks and Recreation  
**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA SECRETA PAL**

Padre/Tutor: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad, Código Postal: \_\_\_\_\_  
Numero De Telefono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
¿Está actualmente empleado? \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Enumere todos los miembros de la familia que viven en el hogar, su edad e indique qué miembros de la familia (de 16 años o menos) utilizarán los beneficios de Secret Pal, si se otorgan (adjunte una página adicional, si es necesario):

Nombre:	Edad:	Usará los beneficios de Secret Pal:	
_____	_____	Yes _____	No _____
_____	_____	Yes _____	No _____
_____	_____	Yes _____	No _____
_____	_____	Yes _____	No _____
_____	_____	Yes _____	No _____
_____	_____	Yes _____	No _____

**FINANCIAL**

**OPCIÓN A**

*(Si actualmente estás recibiendo asistencia)*

Adjunte prueba de que la familia actualmente recibe asistencia (es decir, cupones de alimentos o Medicaid).

**OPTION B**

*(Si presenta la solicitud en función de sus ingresos)*

Gross income per month: \_\_\_\_\_  
Adjunte comprobante de ingresos mensuales (es decir, recibo de sueldo)  
Adjunte una copia de la declaración de impuestos del año pasado.

**GENERAL**

Intereses del niño, metas futuras, sueños: \_\_\_\_\_  
Otros programas o actividades en las que participa el niño: \_\_\_\_\_  
¿Cómo se beneficiará su hijo de los programas/clases de Parques y Recreación? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La información que he proporcionado en este formulario es correcta. Acepto proporcionar documentación adicional para verificar la necesidad financiera, si es necesario.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Uso exclusivo de oficina (For office use only):**

# in Household: \_\_\_\_\_ Qualifies for \_\_\_\_\_ % Discount Yearly Benefit Per Person/Family \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Monthly Income: \$ \_\_\_\_\_

Program	Fee – Discount = New Fee	Program	Fee – Discount = New Fee
Total of Secret Pal Funds			