



Date received: _____
 New or Renewal: _____
 Scholarship Type: _____
 Full or Partial %: _____
 Application Exp: _____
 Doc. received by: _____

Solicitud Para Beca Del KidZone Museum

Nombre Completo Del Solicitante: _____

Solicitudes para becas NO serán RECIBIDAS por el KidZone Museum si no has proporcionado lo siguiente:

_____ *(iniciales) Entrego la Solicitud de beca COMPLETA Y FIRMADA*

_____ *(iniciales) Entrego un Formulario de Admisión Anual Y Renuncia de Reclamo*

_____ *(iniciales) Comprendo que la solicitud de beca es válido por 12 meses*

_____ *(iniciales) COMPRENDO QUE SI ES APROVADA UNA SOLICITUD PARA CAMPAMENTO Y EL NIÑO/NINA NO ASISTE TODOS LOS DIAS DEL CAMPAMENTO LA FAMILIA NO PODRA APLICAR PARA BECAS DE CAMPAMENTOS EN EL FUTURO.*

_____ *(iniciales) Entrego 1 de las siguientes pruebas de necesidad incluidas con la aplicación*

- *Impuestos (Taxes) del año más reciente*
- *(2) Talones de cheques consecutivos y recientes*
- *(2) Talones de desempleo consecutivos y recientes*
- *Talon de Cal Fresh*
- *Carta de referencia de Truckee Healthy Babies*
- *Carta de referencia de State PreSchool*
- *Carta de referencia de Family Resource Center*
- *Cualquier otro comprobante de necesidad*

===== **Para uso del personal** =====

Application Status:	
Applicant submitted the following documents:	Purple Card Given _____
	Entered in DB as Outreach/Scholarship _____
	Email add to Volunteer Tabs (Current & Sch) _____
	Scholarship member email _____
	Added to Member Binder _____
	Referral Letter Filed _____
	Filed Waiver _____
Proof of Hardship Provided: _____	
Scholarship approved by: _____ Full _____ Partial % _____ Payed \$ _____	

Solicitud Para Beca Del KidZone Museum

11711 Donner Pass Rd. Truckee CA 96161 Teléfono 530.587.5437

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____ Cuantos personas en su familia: _____

Teléfono de Casa: (_____) _____ Teléfono Celular: (_____) _____

Correo Electrónico/Email: _____ Estado Civil (Casado, Soltero, Divorciado)

Salario Bruto del Padre: _____ Hora / Semanal / Mensual - ¿Donde trabaja? _____

Salario Bruto de la Madre: _____ Hora / Semanal / Mensual - ¿Donde trabaja? _____

Ingreso Mensual de Seguro de Desempleo: _____ Ingreso SSI Mensual: _____

Ingreso Mensual de Seguro Social: _____ Manutención, Pensión Alimenticia y otros ingresos _____

✓ Su Familia recibe: Programa de Almuerzo COMPLETO Programa de Almuerzo REDUCIDO

✓ Su Familia recibe otros beneficios estatales o de alguna organización caritativa: __Si __No

Si ha respondido SI a la pregunta anterior, nombre las agencias de las que recibe ayuda:

Por favor, explique la razón por la que está solicitando esta beca:

Nombre los niños incluyendo infantes, niños y adolescentes de su familia:

Nombre	Masculino/Femenino	Fecha de Nacimiento	Edad
_____	_____	____/____/____	____
_____	_____	____/____/____	____
_____	_____	____/____/____	____
_____	_____	____/____/____	____
_____	_____	____/____/____	____

¿Ha solicitado una beca en el pasado? __Si __No ¿Cuándo? _____ ¿Recibió la beca? __Si __No

Si no le podemos otorgar una beca completa, ¿Podrá pagar parte de la membresía? __Sí __No

Como escucho del KidZone? _____

Como escucho de nuestro programa de becas? _____

Certifico que la información en este formulario es verdadera y correcta. Con la firma de esta solicitud, me comprometo a reportar cualquier cambio de la información previamente escrita. Me comprometo a que si la beca me es otorgada, mi información será usada para participar como voluntario durante la duración de mi membresía; Entiendo que esta beca durara por el periodo de mi membresía. La revisión de esta solicitud tomara 10 días hábiles desde la fecha en que fue tramitada.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____