



Eastern Rio Blanco Metropolitan Recreation and Park District Programa de Tarifa Reducida

ERBM Recreation & Park District (Distrito) desea proporcionar a las personas y familias que residen dentro del Distrito la oportunidad de participar en sus programas de recreación a pesar de su incapacidad para hacerlo debido a dificultades financieras. Si el costo de un programa prohíbe que una persona o familia participe debido a su situación financiera actual individual o familiar, esa persona o familia puede solicitar asistencia a través del Programa de Tarifa Reducida del Distrito. El Programa de tarifas reducidas está diseñado para ayudar a las personas y las familias a pagar el costo de los programas del Distrito o las tarifas del Centro de Recreación Meeker y está destinado a complementar la contribución de los participantes, no para cubrir completamente las tarifas de participación. El Programa de tarifas reducidas del Distrito se financia anualmente y se puede suspender o revisar en cualquier momento a discreción del Distrito.

Criterios Para Determinar la Elegibilidad

1. El padre, el padre de crianza temporal o el custodio legal deben tener dieciocho (18) años de edad o más para presentar la solicitud.
2. Los individuos y / o la familia que buscan asistencia financiera deben residir dentro de los límites del Distrito.
3. Los niños en cuidado de crianza (Foster Care) son automáticamente elegibles para asistencia financiera a través del Programa de Tarifa Reducida.
4. La tarifa reducida provista será el 50% del costo total del programa o la tarifa del Centro de Recreación Meeker.
5. Para ser elegible para una tarifa reducida, la persona actualmente debe recibir asistencia basada en la necesidad, ya sea del gobierno federal o estatal. Se requerirá la verificación de la participación en dichos programas de asistencia del gobierno federal o estatal (ya sea mediante la documentación del solicitante de su recibo actual de dicha asistencia o la verificación de la información de un contacto de la agencia proporcionado por el solicitante). Si no se proporciona la información solicitada, se negará la solicitud.
6. El Distrito cree que se desarrolla un sentido de compromiso y propiedad si la persona que recibe asistencia contribuye al costo de los programas para los cuales la persona recibe la tarifa reducida. Por lo tanto, se les pedirá a las personas que reciben la tarifa reducida que paguen la diferencia entre la asistencia financiera que reciben y el costo del programa en el que pretenden participar (es decir, el solicitante deberá pagar el 50% restante del costo del programa).
7. Ciertos programas están excluidos de la elegibilidad para el Programa de tarifa reducida.

Procedimiento para Aplicar

1. Las solicitudes están disponibles en el Centro de Recreación de Meeker, y se deben completar y devolver completamente al Distrito.
2. La asistencia financiera se basará en una revisión exhaustiva de la solicitud y la información de respaldo, y según lo determine el Director Ejecutivo o su designado. La cantidad de destinatarios de tasas reducidas variará según el grado de necesidad demostrada y la disponibilidad de fondos. No se garantiza la asistencia financiera.
3. Tan pronto como sea posible, el Distrito enviará una carta al solicitante que indique si han sido aceptado en el Programa de Tarifa Reducida, la fecha de inicio de dicha tarifa reducida y cuándo puede comenzar la participación.
4. La asistencia financiera se otorga anualmente por calendario anual y las solicitudes para el Programa de Tarifa Reducida deben completarse cada año. Los premios de asistencia financiera vencen el 31 de diciembre de cada año. El hecho de que la asistencia financiera haya sido proporcionada el año anterior no es garantía de que dicha asistencia se otorgará en un año futuro.

Comuníquese con la Oficina del Distrito al (970) 878-3403 para obtener más información.



EASTERN RIO BLANCO METROPOLITAN RECREATION & PARK DISTRICT
APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE TASA REDUCIDA

El solicitante entiende que si se le otorga y acepta la ayuda financiera del Distrito, el solicitante tendrá que pagar una parte de la tarifa por cualquier clase en la que el solicitante quiera inscribirse o cualquier membresía que desee comprar. Dicha tarifa se pagará en el momento de la inscripción o compra. Los planes de pago están disponibles para membresías anuales. Esta solicitud constituirá el formulario de inscripción inicial del solicitante en el Distrito.

Persona que solicita Tarifa Reducida. El formulario debe ser completado en INGLES:

Nombre: _____

Dirección Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Correo Electrónico: _____ Sexo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Tiene alguna alergia: Si ____ No ____

Si su respuesta es sí, Por favor escríbala: _____

Contacto en Caso de Emergencia:

Nombre/Relación: _____ Teléfono: _____

Por favor complete la siguiente información por cada miembro adicional del hogar. **Esta información es requerida.**

Nombre: _____

Sexo: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Tiene alguna alergia: Yes ____ No ____

SI, por favor escríbala: _____

Contacto en Caso de Emergencia:

Nombre: _____

Nombre: _____

Sexo: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Tiene alguna alergia: Yes ____ No ____

SI, por favor escríbala: _____

Contacto en Caso de Emergencia:

Nombre: _____

Relación: _____
Teléfono: _____

Relación: _____
Teléfono: _____

Por favor complete la siguiente información por cada miembro adicional del hogar. **Esta información es requerida para participación en los programas del Distrito.**

Nombre: _____
Sexo: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Tiene alguna alergia: Yes ___ No ___
SI, por favor escríbala: _____

Nombre: _____
Sexo: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Tiene alguna alergia: Yes ___ No ___
SI, por favor escríbala: _____

Contacto en Caso de Emergencia:
Nombre: _____
Relación: _____
Teléfono: _____

Contacto en Caso de Emergencia:
Nombre: _____
Relación: _____
Teléfono: _____

Si hay miembros adicionales en el hogar, enumere cada persona e información como se indica arriba y adjúntela a la solicitud.

Por favor enliste, si corresponde, que alguno de sus dependientes que residen con usted se encuentra en Crianza Temporal (Foster Care):

Enumere cualquier asistencia en función de la necesidad que reciba del gobierno federal o estatal (por ejemplo, programa de almuerzo gratuito o reducido, cupones de alimentos federales, Ingreso de Seguro Social Suplementario (SSI) o SSD, Beneficiarios de WIC, Sección 8 o Vivienda Pública, Medicaid, o Plan de Salud para el Niño (CHP+):

PROPORCIONE DOCUMENTACIÓN DE SU RECIBO ACTUAL DE LA ASISTENCIA GUBERNAMENTAL IDENTIFICADA ANTERIORMENTE O OBTENGA UNA FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA AGENCIA QUE PUEDE VERIFICAR SU PARTICIPACIÓN EN LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA.

LAS APLICACIONES PRESENTADAS SIN ESTA INFORMACIÓN NO SERÁN CONSIDERADAS.

Organización de Asistencia Gubernamental: _____

Representante de la Agencia Gubernamental (Nombre): _____

Fecha _____ Firma _____

Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que el personal del Distrito puede verificar la información en la solicitud y que una falsificación deliberada de la información resultará en la pérdida de asistencia y puede prohibir la futura elegibilidad para el programa de tarifa reducida.

Firma: _____ Fecha: _____

Fecha de Aprobación: _____ Aprobada por: _____