



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: _____