

Niveles de beca

Para cada miembro de un grupo familiar calificado, se otorgarán subsidios para los programas en base a las pruebas aportadas y según la determinación del nivel de beca correspondiente por parte de la Coordinadora de Becas.

Nivel 1 - 50%

Otorga un descuento del cincuenta por ciento (50%) sobre todos los programas para grupos familiares que reúnen los requisitos de elegibilidad por ingresos. 2 clases máximo por persona por sesión.

Nivel 2 – 75%

Otorga el setenta y cinco por ciento (75%) del costo del programa individual para grupos familiares que reúnen los requisitos de elegibilidad; los participantes del grupo familiar están en dos o más programas de beneficencia pública; y el programa recreativo seleccionado es un programa de salud y bienestar que mejora y/o apoya la condición física y la movilidad. Las inscripciones son por medio de la Coordinadora de Becas únicamente, y la asistencia es obligatoria para conservar la elegibilidad para el programa. Máximo de 2 clases por persona por sesión.

Nivel 3 - 100%

Otorga el cien por ciento (100%) del costo del programa para personas que reúnen los requisitos de elegibilidad; los participantes del grupo familiar están en dos o más programas de beneficencia pública; y el becado es ya sea menor de 18 años de edad o mayor de 65 años. Las inscripciones son por medio de la Coordinadora de Becas únicamente, y la asistencia es obligatoria para conservar la elegibilidad para el programa. Máximo de 2 clases por persona por sesión.

Cómo solicitar becas

Paso 1: Asegúrese de tener una cuenta familiar de Recreación y Parques

Paso 2: Llene la Información del cliente

Paso 3: Llene los Requisitos de elegibilidad

Paso 4: Llene los Requisitos de verificación

Paso 5: Firme la Declaración

Paso 6: Envíe este formulario con copias de comprobantes a: Lillian Bautista, Scholarships, 501 Stanyan St., SF, CA 94117

Recibirá una comunicación en un plazo no mayor de 1 semana después de presentar la solicitud para informarle la situación de su beca. Las becas NO son retroactivas.

Información del solicitante

(Adulto en el hogar)

Nombre del adulto: _____

Dirección: _____

Teléfono casa: _____

Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

Nombres y fechas de nacimiento del esposo(a)/pareja/hijos:

Requisitos de elegibilidad por ingresos

i. **Residencia:** Los solicitantes deben ser residentes de San Francisco o dueños de una propiedad en San Francisco

ii. **Ingresos:**

Los ingresos del grupo familiar del solicitante no deben ser mayores a 200% del nivel federal de pobreza según lo determine la directriz federal sobre pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.

Elegibilidad por ingresos del grupo familiar

Ingresos anuales totales del grupo familiar: \$

Tamaño del grupo familiar – Número de integrantes

Adultos _____ Menores de 18 años _____

DECLARACIÓN (Favor de leer y firmar)

Declaro que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta. Estoy de acuerdo en proporcionar un comprobante de ingresos. Estoy de acuerdo en informar al Coordinador de Becas si ya no califico para recibir el descuento de la beca. Entiendo que el participante podría ser retirado del programa y hacerse inelegible para becas futuras debido a faltas, ausencias excesivas, o un exceso de retiradas extemporáneas. Me apegaré a los requisitos del Acuerdo de Beca.

Firma

Fecha

Requisitos de verificación

Residencia: Los solicitantes pueden comprobar su elegibilidad al mostrar una identificación con foto o una factura corriente de servicios públicos.

Verificación de ingresos: Los solicitantes pueden comprobar su elegibilidad por ingresos al mostrar documentación corriente de ingresos de la familia y de participación en cualquiera de los programas de asistencia pública de la siguiente lista:

Verificación de ingresos del grupo familiar

Por favor presente una copia de uno o más comprobantes de ingresos:

- 1. Declaración de ingresos del año anterior
- 2. Estado de cuenta de SSI (Ingresos Suplementales de Seguridad)

Verificación de programas de beneficencia pública

Marque **todos** los programas en los que participa y presente la documentación:

- 1. Medi-Cal – presente carta corriente de Notificación de Acción
Nombres de titulares: _____
- 2. CalWORKS - presente carta corriente de Notificación de Acción
- 3. Food Stamp - presente carta corriente de Notificación de Acción
- 4. Contrato de vivienda pública de SF – presente recibo de renta corriente

Date: _____

Staff Name: _____

Staff Signature: _____

Proof of residency Income Verification

Agosto de 2014