



Aplicación Para Asistencia Financiera

Fecha de hoy: _____

Esta aplicación no debe considerarse como una garantía de ayuda financiera. Por favor complete la información solicitada a continuación e indique con las letras “NA” cuando la información solicitada no se aplica a usted. Un representante de P.O.W.E.R lo contactara a usted con cualquier pregunta o información adicional necesaria.

Los Becados deben proveer su propio medio de transporte. Por favor permítanos por lo menos cuatro semanas para procesar su aplicación. Lo contactaremos si su aplicación ha sido aprobada.

*****Su aplicación debe ir acompañada de los siguientes documentos para sea procesada:**

1. Copia de los últimos dos talones de cheques (más recientes)
2. Copia de las más reciente boleta de calificaciones
3. Copia de la carta de recomendación por el entrenador, concejero de la escuela o el Pastor (No puede ser de un entrenador o un funcionario de Proehlific Park)

1. Aplicando Niño/Niños

Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad	Femenino o Masculino	Condiciones Especiales

Nombre del Padre/Representante: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ___ Código Postal: _____

Telefono #: _____ Oficina #: _____ Celular#: _____

Correo Electrónico: _____

2. Información Familiar: ¿Cuántos dependientes (no incluya adultos) viven en su casa? _____

3. Razón por la cual está solicitando asistencia (por favor marque con un círculo)

Bajos Ingresos Desempleado Capacitación Laboral/Entrenamiento Académico Social/Emocional/
Necesidades Especiales/Otro (Por favor explique):

4. Estoy solicitando ayuda financiera en la siguiente área (por favor marque con un círculo):

___ Membresía: Joven Familia Colegio Universitario

___ Programa: Después de la escuela Programa en el Verano Campamento (Nombre y fecha del campamento _____)

Otro Tipo de Programa: _____

Equipo de Proehlfic Park (por favor escriba el nombre del equipo y del entrenador): _____
Otro: _____

5. Información de Empleo: Por favor complete toda la información requerida y presentar los últimos dos talones de pago para todas las personas que están empleadas en su casa.

Nombre del Padre/Tutor	Nombre del conyugue u otro adulto, si es aplicable
Nombre y Dirección del Empleador	Nombre y Dirección del Empleador
Teléfono#	Teléfono#

6. Ingresos Mensuales: ¿Cuánto es el ingreso mensual en su hogar? _____

7. Historia personal de su hijo: (Tiene que ser completada por el niño que solicita la ayuda financiera)
(Use el reverse si es necesario. Una entrevista en vivo se llevara a cabo si la Junta aprueba la aplicación)

¿Por qué quiere pasar tiempo en Proehlfic Park?

Háblenos de su interés por los deportes o su historial deportivo:

Que espera lograr en Proehlfic Park?

8. Servicio a la comunidad: Háblenos de su actual o pasada participación en actividades comunitarias, por favor nombre el tipo de servicio, si participo en alguno (ejemplo: Soup Kitchen from March-Diciembre 2008)

9. Escolar: Por favor adjunte un copia de la boleta de calificación más reciente.

11. ¿De qué manera el solicitante será transportado desde y hacia Proehlific Park, si recibe la beca?

10. Oportunidades para Voluntarios: Hay muchas maneras de devolver a P.O.W.E.R of Play Foundation. Se necesitan voluntarios para recaudar fondos, tutoría educacional, concesiones, entrenamiento y mantenimiento de las instalaciones.

Marque el área donde usted o su hijo pueden participar:

	Tutoría Educativa
	Asistencia de Oficina
	Entrenando
	Mantenimiento
	Concesiones
	Recaudar Fondos/Otro

11. Carta de recomendación del Entrenador, Maestro, Concejero Escolar o Pastor: Por favor adjunte un copia de la carta de recomendación (No puede ser de un entrenador o funcionario de Proehlific Park)

12. Declaración de Verificación: Yo verifico que toda la información presentada como verídica, completa y exacta. Si mi situación cambia, estoy de acuerdo y es mi deber notificar a P.O.W.E.R of Play Foundation en un periodo de 30 días. Si por alguna razón presenté información falsa o inexacta o falle en notificar a P.O.W.E.R. of Play Foundation de algún cambio en mi situación financiera dentro de un periodo de 30 días. Puedo ser terminado del Programa de Asistencia Financiera

Firma del Aplicarte

Fecha

PORFAVOR RETORNAR SOLICITUD A: P.O.W.E.R OF PLAY FOUNDATION, PO BOX 38934, GREENSBORO, NC 27438
TELEFONO (336) 665-5233 FAX (336) 665-5235

Solo Para Uso de Oficina		
Solicitada por:	Duración:	
Cargo Total:	Responsabilidad de:	Costo de la Beca:
Fecha de la Aplicación:	Fecha de Aprobación/Negación:	Fecha de Notificación:
Firma de Personal:	Titulo	
Notas:		

