

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

LA ASISTENCIA FINANCIERA ESTÁ DISPONIBLE SOLO PARA RESIDENTES DE OAKLAND
LA RESIDENCIA SE DETERMINA DE CONFORMIDAD CON LA DIRECCIÓN INDICADA EN LA LICENCIA DE CONDUCIR O LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN ESTATAL

1. SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre de la actividad	# de la actividad	Fecha de la actividad	Tarifa de la actividad	Monto solicitado	Tarifas totales
<i>Máximo de 1 beca otorgada por participante, por año con base en la disponibilidad</i>					Gran total:

2. INFORMACIÓN DE CONTACTO Hombre Mujer Niño Adolescente Adulto Adulto mayor

Participante/Niño _____
 Primer nombre Segundo Apellido Fecha de nacimiento Edad

Padre/Tutor _____
 Primer nombre Segundo Apellido Relación con el menor

Dirección _____
 Calle Ciudad Estado Zip

Teléfonos (____) _____ (____) _____ (____) _____ email _____
 Teléfono Teléfono de empleo Teléfono celular

Raza: Afroamericano Nativo americano Asiático/Nativo de las Islas del Pacífico Hispano/Latino Caucásico

3. INGRESO BRUTO ANUAL DEL HOGAR

Marque uno: \$0 a \$4,999 \$5,000 a \$9,999 \$10,000 a \$19,999 \$20,000 a \$29,999
 \$30,000 a \$39,999 \$40,000 a \$49,999 \$50,000 a \$59,999 \$60,000 o más

4. FUENTE DE INGRESOS

Marque uno: Autónomo Empleado Desempleado Otro

5. POR FAVOR, EXPLIQUE SUS NECESIDADES FINANCIERAS

6. POR QUÉ DESEA USTED/SU HIJO PARTICIPAR EN EL PROGRAMA

7. POR FAVOR, PROPORCIONE CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL CONCERNIENTE A SU SOLICITUD DE ASISTENCIA

Solicitud de asistencia financiera Página 2

8. POR FAVOR, INCLUYA UNA FOTOCOPIA DE UNO DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS COMO PRUEBA DE SU NECESIDAD DE AYUDA FINANCIERA:

- Tarjeta de cupones para alimentos
- Formulario W-2
- Recibo de pago de nómina
- A.F.D.C
- Desempleo
- Discapacidad
- ✓ Por favor, incluya una fotocopia legible de una **tarjeta de identificación de California** o una **licencia de conducir** como prueba de que reside en Oakland.
- ✓ Por favor, recuerde llenar por completo el formulario de solicitud e incluir los documentos requeridos.
- ✓ Los formularios de solicitud de asistencia financiera deben entregarse en persona, por fax o por correo; no se aceptarán solicitudes vía telefónica.
Dirección de correo o de entrega en persona: Para todas las preguntas o preocupaciones que pueda tener, por favor comuníquese directamente con el Centro Recreativo. Envíe sus solicitudes por correo a la dirección: **Oakland Parks & Recreation**, 250 Frank H. Ogawa Plaza, Suite 3330, Oakland, CA 94612, Fax (510) 238-4999
- ✓ Todos los **formularios de solicitud de asistencia deben recibirse 30 días antes** del primer día del programa/clase/actividad que usted está solicitando.
- ✓ Todos los solicitantes recibirán una notificación dentro de los siguientes 10 a 15 días hábiles posteriores a la recepción del formulario, por teléfono y/o correo.
- ✓ Por favor, guarde para sus registros una copia de su solicitud y de la información complementaria que nos proporciona.

9. CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre _____ Relación _____
Primer nombre Apellido

Teléfonos _____
Teléfono de casa Teléfono en el empleo Teléfono celular

10. INFORMACIÓN MÉDICA (para el inscrito)

Por favor, explique cualquier necesidad médica o especial: Alergias Medicamentos Limitaciones físicas Restricciones alimenticias

Médico _____ Teléfonos de clínica/consultorio () _____ () _____ () _____
Médico Clínica Fuera del horario laboral

Compañía de seguro médico _____ Póliza # _____

11. EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Por medio de la presente, libero de responsabilidades y acepto indemnizar a la Oficina de Parques y Actividades Recreativas de la ciudad de Oakland, sus funcionarios, empleados, agentes, voluntarios y demás personas que actúen en su nombre, de cualquier circunstancia de acción legal, responsabilidad, daño, pérdida y gasto, incluyendo honorarios profesionales de abogados y costos de tribunales, derivados o no de causas de acción legal por responsabilidad estricta, negligencia, total o de cualquier tipo, en conexión con mi participación o la de mi hijo en cualquier actividad llevada a cabo por la Oficina de Parques y Actividades Recreativas de Oakland, en sus instalaciones o en otros lugares. Estoy de acuerdo con que la Oficina de Parques y Actividades Recreativas de Oakland utilice mi nombre e imagen o los de mi hijo sin costo y en cualquier forma para propósitos legales, incluyendo en sus publicaciones y su página web y/u otras publicaciones para el propósito de documentar y promover los servicios y programas de la Oficina de Parques y Actividades Recreativas de Oakland. Esta renuncia se hace dentro de todas mis capacidades legales, incluyendo en nombre propio y en nombre de mi cónyuge y cualquier otro padre o tutor del inscrito, y como representante legal y tutor del inscrito. Por medio de la presente, doy mi consentimiento y autorizo al personal de la Oficina de Parques y Actividades Recreativas de la ciudad de Oakland a facilitar atención médica de emergencia para mí o mi hijo para cualquier lesión que pudiera ocurrir a partir de la participación en las actividades de la Oficina de Parques y Actividades Recreativas en o cerca de sus instalaciones. Comprendo que la Oficina de Parques y Actividades Recreativas de la ciudad de Oakland no proporciona cobertura de seguro médico para los participantes de este programa.

Al proporcionar mi firma a continuación, confirmo que la información que he suministrado para la solicitud de asistencia financiera es cierta, conforme a mi leal saber y entender. Comprendo que existe un número limitado de exenciones de tarifas disponibles para los residentes de Oakland y que las mismas no están garantizadas y que el número máximo de asistencias financieras otorgadas por individuo, por año, es uno. Además certifico, sujeto a pena de perjurio, que toda la información proporcionada en esta solicitud de asistencia financiera es cierta y correcta.

Este formulario deber ser firmado por un adulto (mayor de 18 años), bien sea el inscrito o su padre, madre o tutor legal.

POR MEDIO DE LA PRESENTE CERTIFICO, SUJETO A PENAS DE PERJURIO, QUE SOY EL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL DEL MENOR/NIÑO NOMBRADO EN EL PRESENTE DOCUMENTO

X _____
Firma del inscrito o padre/madre/tutor **Fecha**

POLÍTICA DE REEMBOLSO: Los montos de los reembolsos son establecidos por el consejo municipal en la tabla maestra de tarifas de la ciudad de Oakland. El monto de su reembolso se determina con base en cuánto tiempo antes de la fecha de inicio de la actividad o el alquiler de instalaciones se haya recibido la solicitud de reembolso. Usted puede ser objeto del cobro de una tarifa administrativa por cancelaciones o transferencias. Por favor, comuníquese con el Centro Recreativo o el coordinador del programa si tiene alguna pregunta.

CUMPLIMIENTO DEL TÍTULO VI CONTRA LA DISCRIMINACIÓN DEL 43CFR 17.6(b): Los reglamentos federales y de la ciudad de Oakland prohíben estrictamente la discriminación con base en raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, género, orientación sexual, SIDA o Complejo Relacionado con el SIDA (AIDS-Related Complex, ARC).

SOLICITUDES DE LA LEY DE ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES: Por favor, haga sus solicitudes de adaptación por lo menos 10 días antes de un programa o evento. Dirija todas sus preguntas respecto al programa o a una adaptación por discapacidad al Coordinador de Actividades Recreativas Inclusivas de la OPR al (510) 597-5064 o a eburton@oaklandnet.com. Las personas que usan el Sistema VRS deben llamar al (510) 615-5883.

OFFICE USE ONLY	
<p>Please deliver/mail/fax this application to: Oakland Parks & Recreation 250 Frank H. Ogawa Plaza, Suite 3330 Oakland, CA 94612 Phone (510) 238-7273 Fax (510) 238-4999</p>	<p>Rec'd By: _____ Date: _____ Permit Number: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Fees \$ _____ <input type="checkbox"/> Partial Fee Waiver <input type="checkbox"/> Full Fee Waiver</p> <p><input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/> Reason/s Denied _____</p>