

Silliman Activity and Family Aquatic Center 6800 Mowry Avenue, Newark, CA 94560, 510-578-4620, www.newark.org

Solicitud de Beca de Actividades Juveniles 2024-2025

El Programa de Becas para Jóvenes está disponible para residentes de Newark menores de 17 años que tienen limitaciones financieras. Becas disponibles para todos los programas, excepto para alquileres de instalaciones, paquetes de fiestas de cumpleaños, cuidado de niños y Camp Newark.

Las becas están sujetas a la financiación disponible. La elegibilidad de la beca se determina mediante una revisión del personal y una prueba de elegibilidad (consulte los criterios de elegibilidad a continuación). El aviso de aprobación o denegación se proporciona dentro de las dos (2) semanas. Los participantes deben pagar el 25% de la tarifa del programa en el momento de la inscripción, después de que se otorgue la aprobación de la beca.

Prueba de verificación de residencia y elegibilidad de beca DEBE acompañar la solicitud.

Fecha _____ Nombre del Padre _____ Dirección _____

Ciudad _____ Código Postal _____ Email _____ Teléfono _____

Yo, solicitante, estoy solicitando una beca para (nombre del participante/niño): _____

Fecha de nacimiento del niño: _____ Edad: _____ Grado: _____ (durante el verano, el niño de grado acaba de completar)

Género del niño: Masculino Femenino X Fecha de nacimiento del Padre: _____

Yo, _____, Declaro sinceramente que soy elegible para recibir una beca porque:
(Padre/Tutor)

- Carta del Programa de Almuerzo Gratis/Reducido de NUSD—año en curso (la carta ser expedida con fecha a partir del 1 de Julio del 2024 en adelante)
- Mi hogar recibe los beneficios de CalFresh Mi hogar recibe beneficios del WIC (debe tener un niño de 5 años o menos)
- Mi ingreso familiar mensual cumple con las pautas bajas de elegibilidad del Condado de Alameda 2024 - por favor indique:

Tamaño del hogar: _____ Ingreso mensual: _____

Proporcione su formulario de declaración de impuestos más reciente del IRS 10-40 o reciente para la verificación de ingresos.

Adjunte prueba de elegibilidad, cada vez, a esta solicitud (es decir, Formulario EZ 10-40 del IRS, cupones de alimentos, declaración de ingresos mensual, declaración de impuestos reciente)

Número Personas en el hogar	Anualmente	Mensualmente	Dos veces a mes	Cada dos semanas	Semenalmente
1	\$ 27,861	\$ 2,322	\$ 1,161	\$ 1,072	\$ 536
2	\$ 37,814	\$ 3,152	\$ 1,576	\$ 1,455	\$ 728
3	\$ 47,767	\$ 3,981	\$ 1,991	\$ 1,838	\$ 919
4	\$ 57,720	\$ 4,810	\$ 2,405	\$ 2,220	\$ 1,110
5	\$ 67,673	\$ 5,640	\$ 2,820	\$ 2,603	\$ 1,302
6	\$ 77,626	\$ 6,469	\$ 3,235	\$ 2,986	\$ 1,493
7	\$ 87,579	\$ 7,299	\$ 3,650	\$ 3,369	\$ 1,685
8	\$ 97,532	\$ 8,128	\$ 4,064	\$ 3,752	\$ 1,876

Etnicidad (Marque todo lo que corresponda):

- Asiático/Isleño del Pacífico Negro /Afroamericano Blanco (no de origen hispano)
- Hispano/LatinX Nativo/Indígena Americano Otro No deseo contestar

Si se aprueba la solicitud, la persona es elegible para recibir una membresía familiar de temporada de verano gratuita * para el Centro Acuático Familiar y de Actividades Silliman. La membresía será válida del 1 de junio de 2025 al 31 de julio de 2025. Las membresías no se renuevan automáticamente. Los niños menores de 12 años deben estar acompañados por un adulto en todo momento y no se les permite usar el gimnasio. **Por favor, seleccione el tipo de membresía que desea recibir:**

Familiar

Si solicita la Membresía Familiar debe completar el formulario de "Membresía Familiar" en el momento de la solicitud.

**La membresía familiar anual de la beca incluye hasta (2) adultos (padre / tutor) y (4) niños menores de 17 años. Todos deben vivir en el mismo hogar.*

La información proporcionada es verdadera y correcta y se ha cumplido el criterio de elegibilidad. Cualquier falsificación de información será causa de descalificación inmediata y automática de este programa. Las becas se otorgan a medida que hay fondos disponibles y esta solicitud no garantiza un premio. El cliente es responsable de cualquier costo adicional (suministros, etc.) que no esté cubierto por los fondos de la beca. Entiendo que mi firma a continuación indica que he leído y entiendo las políticas y procedimientos del Programa de Becas de Recreación y Servicios Comunitarios de la Ciudad de Newark. **En cualquier momento, el personal puede solicitar información adicional /respaldo para demostrar la elegibilidad de la beca.** Firma Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Formulario de Registro de Becas

El registro de becas debe ser **TOTALMENTE LLENADO** para ser considerado para una beca. Los formularios que no sean llenados por completo serán denegados. Las clases están sujetas a disponibilidad. Los formularios de beca con prueba se pueden enviar por correo electrónico a recreation@newark.org o dejarlo en el Centro Comunitario de Silliman.

Política de reembolso de becas:

No hay reembolsos / transferencias de programas registrados de becas a menos que sean cancelados por el Departamento de Recreación.

ESTE APARTADO TIENE QUE SER LLENADO

Course Title	Swim Level	Date/Time	Fee
Session 1 Youth Swim 1/18-2/10	2	Tues/Thurs 4:00 pm	\$70
Incluya una segunda opción para TODAS LAS LECCIONES DE NATACIÓN en caso de que su primera opción de curso no esté disponible.			
SECOND CHOICE Course Title	Swim Level	Date/Time	Fee

Exención de responsabilidad anual:

Exención de responsabilidad: Entiendo que mi participación (o la de mi hijo menor de edad/ pupilo) en cualquier actividad de la Ciudad es voluntaria. Además, entiendo que la participación puede ser una actividad peligrosa. Acepto que ni yo, ni mis sucesores, ni los cesionarios, ni nadie que actúe en mi nombre responsabilizaremos a la Ciudad de Newark, sus funcionarios, agentes, empleados o voluntarios por cualquier lesión, accidente o enfermedad que surja de mi participación voluntaria (de mi hijo menor / pupilo). El nuevo coronavirus ("COVID-19") ha sido declarado pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud. La Ciudad de Newark ha declarado una emergencia local y el estado de California ha declarado un estado de emergencia debido a la pandemia de COVID-19. El COVID-19 es extremadamente contagioso y se cree que se propaga principalmente por contacto de persona a persona, a través de superficies tocadas y en partículas en el aire. Entiendo completamente que mi [participación / asistencia] [en el evento / en las instalaciones de la Ciudad de Newark] me expone al riesgo de estar expuesto o infectado por COVID-19. Por la presente, reconozco la naturaleza contagiosa de COVID-19, que la exposición o infección a COVID-19 puede resultar en lesiones personales, enfermedad, discapacidad permanente o muerte, y que estoy voluntariamente [participando en esta actividad / asistiendo a esta instalación] y acepto asumir dichos riesgos. Por la presente, libero a la Ciudad de Newark, sus funcionarios, agentes, empleados o voluntarios de y contra todas y cada una de las reclamaciones, responsabilidades de costos, gastos o juicios, incluidos los honorarios de abogados y los costos judiciales que surjan de mi participación (de mi hijo menor / pupilo) en el programa / actividad o cualquier enfermedad / lesión que resulte de ello, y por la presente acepto todas y cada una de dichas reclamaciones, ya sea causado por negligencia o de otra manera. Además, entiendo que la Ciudad de Newark no es responsable de los beneficios de Compensación de Trabajadores como resultado de cualquier lesión o enfermedad debido a mi participación voluntaria (de mi hijo menor / pupilo) en esta actividad. La Ciudad de Newark se reserva el derecho de fotografiar y filmar instalaciones, actividades y participantes del programa para su uso potencial en nuestros esfuerzos de marketing, que pueden incluir, entre otros, folletos, volantes, redes sociales y el sitio web de la Ciudad. Todos los materiales de mercadeo seguirán siendo propiedad de la Ciudad de Newark.

Firma Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Pago: Cheque hecho a la "Ciudad de Newark" Efectivo/Cash Tarjeta de Crédito
 Charge Visa Mastercard Card # _____ Exp Date: _____
 El pago se tomará DESPUÉS de que se apruebe la beca. Si paga cheque / efectivo, tendrá 24 horas para dejar el pago. Mes/Año

FOR OFFICE USE ONLY

Cost of the Class	Remaining Scholarship Balance
\$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____	\$ _____
Applicant's Portion (25% of class)	<input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Denied
\$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____	<input type="checkbox"/> Residency Verified
NBC / REC / AARPA SCHOLARSHIP COVERAGE:	If Denied, Reason
\$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ Total: _____	

Authorized Staff Signature: _____ Date: _____