



Distrito de Parques de Waukegan Solicitud de asistencia financiera **CONFIDENCIAL**

Fecha de solicitud: _____

PROPÓSITO

- Ayuda financiera está disponible para ayudar a los residentes del Distrito de Parques de Waukegan que quieran participar en programas y servicios que de lo contrario no tendrían los recursos para participar.

ELIGIBILIDAD

- Debe ser un residente del Distrito de Parques de Waukegan (una copia de una factura que indica la dirección actual debe adjuntarse a la solicitud).
- Asistencia financiera es basada en el ingreso. Criterio de elegibilidad de ingresos sigue la directriz de pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos. (Ver pie de página 5.) Puede encontrar más información en <http://www.hhs.gov/>.
- Becas confidenciales están dirigidas a quien las pida primero y son basadas caso por caso.

DIRECTRICES

- Completar solicitud de asistencia financiera en su totalidad y llevar con usted todos los documentos necesarios (por ejemplo las últimas presentaciones de impuestos, talones de pago, ayuda del gobierno, seguro social, talones de cheque de desempleo, etcetera.).
- Prueba de ingreso es necesaria para poder procesar la solicitud. Ver la página 2.
- Aplicaciones pueden completarse para familiares de hasta dos. Si necesita asistencia para más de dos miembros, debe completarse otra solicitud por separado.
- Las solicitudes deben presentarse completas un mes antes del inicio de la actividad o programa.
- Respuesta a solicitudes de asistencia se realizará dentro de 30 días hábiles después de haber recibido la solicitud.
- Reembolsos de pagos realizados antes de la aprobación de ayuda financiera no se otorgarán.
- Para entregar las solicitudes confidenciales de becas de Waukegan/SRSNLC:
 - Por favor ponga el area del programa que busca en la parte inferior del sobre
 - **En Persona:** Belvidere Recreation Center, Jack Benny Center or Field House Sports & Fitness Center
 - **Por Correo:** Waukegan Park District, 2000 Belvidere Road, Waukegan, IL 60085. Atención Recreation Department
- Si usted tiene alguna pregunta, llame al (847) 360-4700 o al departamento.

Tenga en cuenta que queremos apoyar todas las solicitudes, sin embargo, muchas aplicaciones se reciben durante todo el año. Por lo tanto, debemos limitar la cantidad de ayuda financiera por familia con el fin de dar ayuda a todas las familias cuando sea posible.

El Distrito de Parques de Waukegan anima a individuos que solicitan ayuda financiera también investigar la posibilidad de convertirse en un voluntario. Entendemos que no todos tienen la capacidad para ser voluntario. Queremos que quede claro que la incapacidad para ser voluntario no afectará el resultado de su solicitud de asistencia.

Prueba de Residencia

- Prueba de algún pago
- Contrato de arrendamiento (de apartamento or casa)
- Declaración de impuesto de una propiedad

Lista de todas las pruebas de verificación de ingresos

- 2 recibos de cada trabajo (deben de ser los más recientes)
- 2 talones de cheque de desempleo (deben de ser los más recientes)
- Seguro Social (SS)
- Ingreso suplementario de seguridad (SSI)
- Seguridad social de discapacidad
- Forma federal de impuestos (Si trabaja por cuenta propia, necesita proveer prueba de dos años)
- Estampillas para alimentos
- Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)
- Programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, infantes y niños (WIC)
- Manutención pagada o recibida
- Caridades Católicas
- Medicaid / Medicare
- Vale de sección 8 (Papeleo de la Autoridad de Vivienda de Waukegan)
- Apoyo de DCFS
- Ayuda del gobierno
- Ayuda pública
- Pensiones/ Ingresos de jubilación
- **INGRESOS SIN IMPUESTOS**
 - Pagos a pensiones de impuestos diferidos y planes de ahorro
 - Deducción de cuenta de retiro individual y pagos de trabajo por cuenta propia SEP, SIMPLE and Keogh
 - Ingresos por intereses exentos de impuestos
 - Porciones no tributables o distribuciones de cuenta de retiro individual
 - Porciones no tributables de pensiones
 - Vivienda, alimentos y otros subsidios de vida pagados a los miembros de los militares, clero y otros
 - Beneficios no educativos para veteranos
 - Creditos tributarios de Hope and Lifetime Learning
 - Ingresos gravables para trabajo-estudio, ayudantías y becas
 - Ayuda Grand y becas reportada a la Agencia de Impuestos de Ingresos Internos
 - Paga de combate o paga de combate especial
 - Ingreso del programa de educación cooperativa
 - Ingreso no tributable no divulgado como compensación o incapacidad
- Cualquier otros ingresos de su hogar no enumerados arriba

Distrito de Parques de Waukegan/SRSNLC-Waukegan

2000 Belvidere Street, Waukegan, Illinois 60085

(847) 360 – 4700

SOLICITUD DE BECA CONFIDENCIAL

Sirve para un año de calendario

Padres o tutores aplicando:	Teléfono de casa #	Teléfono celular#	Teléfono de trabajo#
Dirección postal		Ciudad	Código postal
Dirección de domicilio (no un P.O. Box)		Ciudad	Código postal
Dirección de E-mail			

Nombre de participante(s) Nombre y apellido	Fecha de nacimiento (s)	Edad
1		
2		

Información de hogar

Número total de individuos en el hogar	
Número de individuos adultos en el hogar	
Número de niños en el hogar	

¿Cual es el total de ingresos de su familia entera por año? Marque uno:

Menos \$5,000	\$5,000 - \$10,000	\$10,000 - \$15,000	\$15,000 - \$20,000	\$20,000 - \$30,000	\$30,000 - \$40,000	\$40,000 - \$50,000	Más \$50,000

¿Usted o alguien en el hogar tiene un trabajo? Sí No

¿Cunatos en la familia tienen un trabajo? _____

¿Qué tipo de trabajo tienen los individuos? (Ponga el número de cuantos al lado de cada área.)

	Salario	Por hora	Es su negocio
Tiempo completo			
Medio tiempo			

Explicar por qué le gustaria ser considerado para ayuda financiera. (Incluya cualquier circunstancia especial. Puede adjuntar páginas adicionales se ies necesario.)

¿Han recibido asistencia financiera del Distrito de Parques de Waukegan en los ultimos tres años?

¿Cuando?	
¿Qué programa?	
¿Cuanto?	

Prueba de residencia del Distrito de Paques? _____

Programas por los cuales está buscano ayuda por favor proveer forma.

INGRESO DE HOGAR

***Consulte la lista de toda verificación de hogar en la página 2 para completar la siguiente sección.** Debe traer todos los elementos que pertenecen a su hogar. Esto es solo para verificar que la siguiente información es correcta. *La aplicación no se procesará a menos que la información sea mostrata.*

Verificación de Ingresos	Sí	No	Cantidad	Iniciales del personal de WPD
Talones de cheque de empleo/ desempleo				
Forma federal de impuestos de ingreso				
Pensiones/ ingresos de jubilación				
Otros:				

¿Alguien en la familia recibe cualquier de los siguientes?

Tipo de ayuda (¿Alguien en la familia recibe cualquiera de los siguientes?)	Sí	No	¿Cantidad recibida por mes?	Iniciales del personal de WPD
Caridades Católicas				
Manutención de sus hijos				
SNAP				
Asistencia gubernamental				
Medicaid / Medicare				
Sección 8				
Seguro Social				
Seguridad social de discapacidad				
Seguridad de ingreso suplementario				
Apoyo de DCFS				
Asistencia temporal para familias necesitadas				
WIC				
Otras ayudas públicas: _____				

¿Su familia tiene cualquier factura médica inusual que le impide pagar por programa? En caso afirmativo, debe completar la sección de comentarios.	Sí	No
Comentarios :		

Cantidad que la familia es capaz de pagar por programa y actividad? \$ _____

Cantidad de beca solicitada? \$ _____

¿Si no es aprobado, es posible realizar un pago parcial? Sí No

¿Estaría interesado en la opción de pago parcial? Sí No

¿Estoy dispuesto a ser voluntario en eventos por al menos un año para recibir una beca? Sí No

Por favor lea la siguiente

Iniciales	Entiendo lo siguiente:
	<ul style="list-style-type: none"> Entiendo que la cantidad completa de la registraci3n debe ser pagada antes de la session final del programa antes de poder registrarme para programas adicionales en la pr3xima temporada.
	<ul style="list-style-type: none"> Certifico que la informaci3n es verdadera y completa al mejor de mi conocimiento.
	<ul style="list-style-type: none"> Certifico que e proporcionado toda la documentaci3n requerida y que mi solicitud no esta completa hasta que muestre toda la documentaci3n al personal del Distrito de Parques de Waukegan para verificarla.
	<ul style="list-style-type: none"> Verifico que toda la informaci3n en mi forma de beca es correcta y reciente.
	<ul style="list-style-type: none"> Toda informaci3n se mantendr3 confidencial.
	<ul style="list-style-type: none"> La informaci3n de esta aplicaci3n se evaluar3 para determinar si califico para ayuda.
	<ul style="list-style-type: none"> La entrega del dinero se determinar3 por la necesidad y la disponibilidad de fondos en forma individual. El total de premiados de becas pueden cambiar cada temporada durante el a3o en base a solicitud y registro del programa.
	<ul style="list-style-type: none"> Es necesario mantener confidencialidad de mi informaci3n de la beca concedida.
	<ul style="list-style-type: none"> Me pueden pedir que sea voluntario en eventos especiales durante el a3o que recibi dinero de la beca.
	<ul style="list-style-type: none"> Debo hacer al Distrito de Parques de Waukegan consciente de cualquier cambio en nuestra situaci3n financiera inmediatamente.
	<ul style="list-style-type: none"> El total de la matr3cula debe pagarse antes del final de la session de programa/ mes/ temporada.
	<ul style="list-style-type: none"> He contestado todas las preguntas honestamente y a lo mejor de mi conocimineto. Toda la informaci3n que he proporcionado es verdadera, completa y correcta.
Firma:	Fecha:

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS

2017 Directriz de la pobreza para los 48 estados contiguos y el distrito de Columbia

Personas en la familia/hogar	Directriz de la pobreza
1	\$11,880
2	16,020
3	20,160
4	24,300
5	28,440
6	32,580
7	36,720
8	40,860

Para familias y hogares con m3s de 8 personas, agregue \$4,140 por cada persona adicional.

Source: <http://aspe.hhs.gov/poverty/17poverty.cfm>

FOR OFFICE USE ONLY:

Proof of Residency was shown: ___ Yes ___ No

Where additional documents shown for verification that was not listed above: ___ Yes ___ No

If yes, what was the document: _____

Staff Name/Title Verifying Information: _____

Total of Income Verification: (Of items listed on page 4 please list the total amount.) \$ _____

Total of Type of Aid listed: (Of items listed on page 4 please list the total amount.) \$ _____

Total of Scholarship Requested: (Of items listed on page 4 please list the total amount.) \$ _____

Staff Reviewing Applications: _____

Date Staff Reviewed Application: _____

Was Financial Assistance Granted: ___ Yes ___ No