



## **APLICACIÓN “S.O.A.R.” (OPORTUNIDADES DE BECAS PARA LOS PROGRAMAS DE ACTIVIDADES)**

La ciudad de Frisco está comprometida a servir a las diversas necesidades de sus ciudadanos, y con este fin la División de Recreación desea asegurarse de que todos los ciudadanos sean capaces de experimentar los beneficios de la recreación. Asistencia financiera, por lo tanto, está disponible para todos aquellos que califican.

Para ser considerado para nuestro programa de becas, por favor complete el paquete de solicitud y enviarlo por correo o llevar la solicitud a:

**Frisco Athletic Center**

**5828 Nancy Jane Lane**

**Frisco, TX 75035**

**Atención: Krysta McFarland**

***Supervisora del Programa de Recreación***

### **TÉRMINOS Y CALIFICACIONES:**

Debe ser un residente de Frisco y capaz de proporcionar la prueba de residencia. Una licencia de conductor o una identificación de foto actual con una factura de utilidad o servicios públicos serán suficientes.

Por favor adjunte la documentación indicando su necesidad de ayuda. La lista de documentos necesarios se encuentra en la página 7 e incluyen lo siguiente: Declaración de impuestos actual, sus dos talones de cheque más reciente, Seguro Social/Documents de TANF, o cualquier otro documento que proveer prueba de ingresos. También es bienvenido cualquier explicación por escrito sobre su necesidad de solicitar ayuda.

### **POLITICA DE PREMIO DE BECAS:**

Servicios Familiares de Frisco revisará todas las solicitudes de becas y determina la elegibilidad de los solicitantes. Servicios Familiares de Frisco Utiliza las directrices federales de pobreza para determinar la cantidad de ayuda financiera necesaria y se basa en un mínimo y un máximo premio monetario. El paquete de solicitud y los documentos justificativos de Servicios Familiares de Frisco debe ser llenado en su totalidad con el fin de ser elegible.

- ***Los fondos podrán ser utilizados para los siguientes programas de recreación:***
  - Programas de recreación (aprender a nadar, danza, tenis, arte, etc.)
  - Eventos especiales (baile de madre e hijo, baile de hija y padre, buceo en película, desayuno con Santa Claus, caza de huevo acuático y salpicadura del bancal de calabaza)
- ***Becas no aplican a los siguiente programas (pero no se limitan):***
  - Registros terceros (Premier Camps, Dallas Mavericks Camps, Soccer Tots/Little Sluggers, Frosty 5K, and Camp Gladiator)
  - Ligas deportivas y entrenamiento personal
  - Honorario del miembro del FAC
- **Los destinatarios de la beca deben Proporcionar su propio transporte de ida y vuelta a los programas.**
- **Pagar tarifas de suministro para el instructor en el primer día de clase y adquirir los insumos necesarios para la clase.**
- **Para mantener elegibilidad de asistencia para el futuro, debe participar en los programas elegidos por lo menos 75% del tiempo.**
- **Calificaciones y solicitudes se deben completar y presentar cada temporada por la fecha límite para ser elegible de recibir asistencia financiera.**
  - Los solicitantes calificados son elegibles para la ayuda de un programa, por cada miembro de la familia, por temporada.
  - Premios sólo son válidos para la temporada en el que se presentó la solicitud

- Temporadas se definen como primavera/verano y otoño/invierno
- Fondos de becas aprobadas no son transferibles a otros miembros de la familia.
- No hay transferencias, retiros, ni reembolsos de programa matriculado.
- La Ciudad de Frisco reserva el derecho de revocar cualquier beca, debido a cualquier razón, en cualquier momento, hasta y incluyendo conducta inapropiada.

**Plazo para programas de verano 2012 es 17 de viernes, 20 de abril de 2012. Tardará dos o tres semanas para procesar su solicitud.**

# SOLICITUD DE BECA

Jefe de familia \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Número de miembros de la familia en el hogar \_\_\_\_\_

¿Puede darse el lujo de pagar alguna parte?  Sí  No En caso afirmativo ¿Cuánto? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido anteriormente el participante asistencia financiera de Parques y Recreación de Frisco? ¿En caso afirmativo, qué programa y qué año?

## Persona(s) que solicitan asistencia

Nombre	Edad	Fecha de nacimiento	Relación

Nombre	Código de Programa Opción 1	Código de Programa Opción 2	Nombre de Programa	Costo de Programa

**Cuota total:** \_\_\_\_\_  
**Menos costo de suministro:** \_\_\_\_\_  
**Menos lo que puede pagar:** \_\_\_\_\_  
**Beca total:** \_\_\_\_\_

Certifico que la información mencionada anteriormente y sometida a prueba de necesidad de asistencia financiera es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa puede resultar en una pérdida inmediata de asistencia financiera. Entiendo que toda la información está sujeta a divulgación en conformidad con la Ley de Información Pública. La ciudad tomará las medidas razonables para tratar de mantener la información confidencial a menos que sea requerido por la ley.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## SÓLO PARA USO PERSONAL

FAC Received Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ By \_\_\_\_\_

FFS Approved  Amount \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ By \_\_\_\_\_

FFS Denied  Date \_\_\_\_\_ By \_\_\_\_\_ Reason \_\_\_\_\_

FAC Notified \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ By \_\_\_\_\_

# Centro de Servicios Familiares de Frisco

## Departamento de Parques y Recreación de Frisco

**Solicitud Para Asistencia**

Date: \_\_\_\_\_

***Imprima***

Nombre completo (Primero) \_\_\_\_\_ (Inicial) \_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ mm-dd-yyyy Edad \_\_\_\_\_ Raza/Etnicidad \_\_\_\_\_  
 Género \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_,  
 Estado \_\_\_\_\_, Código postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Número de seguridad social \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Estado civil (por favor, circulé uno): Casado(a) Soltero(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Teléfono particular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Iglesia/sinagoga afiliación: \_\_\_\_\_

Empleador actual \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha vivido en el área de Frisco/FISD:  
 \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Semanas

¿Cuánto tiempo ha vivido en su dirección actual:  
 \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Semanas

¿Alquilar o Propia? \_\_\_\_\_ Alquiler \_\_\_\_\_ Propia

Número total de personas en el hogar \_\_\_\_\_

**Lista de todos los niños u otras personas que viven en su hogar (no incluya si mismo).**

Nombre	Número de seguridad social	Género	Edad	Fecha de nacimiento	Raza	Grado	Nombre de escuela o empleador	Relación al solicitante

**Responda a las siguientes preguntas:**

(Por favor marque uno)

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Alguna vez ha recibido asistencia de FFSC?                   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. ¿Alguna vez vivió en un hogar que recibió asistencia de FFSC? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3. ¿Es usted un cliente actual con FFSC?                         | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 4. ¿Vives en Frisco? (Por favor marque uno)                      | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 5. ¿Vives en el Distrito Escolar Independiente de Frisco?        | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Yo entiendo que al llenar una solicitud no me garantiza que una beca será otorgada.

La información proporcionada es precisa y correcta. Entiendo que cualquier información falsa retrasara mi proceso de aplicación o causara que mi solicitud de beca sea negada.

\_\_\_\_\_  
**Signature**

Firma

\_\_\_\_\_  
**Date**

Fecha

**NOMBRE DEL CLIENTE** \_\_\_\_\_

Para determinar su elegibilidad para recibir becas, complete las siguientes preguntas

¿Cuál es su necesidad de hoy?  
\_\_\_\_\_

¿Qué es la crisis o situación que ha provocado que solicite asistencia de becas? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su plan para evitar que esta crisis ocurra de nuevo? \_\_\_\_\_

¿Si va a solicitar ayuda de becas, cómo pagará para futuras clases recreativas? \_\_\_\_\_

¿Cómo te enteraste del programa de becas de la ciudad de Frisco? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido asistencia usted o cualquier otra persona en su hogar de FFSC? \_\_\_\_\_

**Enumere las direcciones anteriores:**

Domicilio, ciudad, estado y código postal	¿Cuánto tiempo/lista fechas

**Historial médico**

Seguro de salud actual (por favor, círculo): CHIP    Medicaid    Medicare    Northstar    Privado    Ninguno    Otro

¿Alguien en su hogar necesita o recibe asistencia médica y psicológica? \_\_\_\_\_

**Historia de Educación**

Grado más alto completado \_\_\_\_\_ Grado más alto completado por su esposo/compañero \_\_\_\_\_

**Historia de empleo**

**Indique su empleo actual y pasado:**

	Lugar de trabajo	Fechas de empleo	Título del trabajo	Razón para abandonar
Corriente				
Corriente				
Pasado				
Pasado				

**Indique el empleo pasado y actual de su cónyuge o compañero:**

	Lugar de trabajo	Fechas de empleo	Título del trabajo	Razón para abandonar
Corriente				
Corriente				
Pasado				
Pasado				

**Informe de Ingresos Y Gastos de Hogar Total**

<b>Ingresos Mensuales</b>	<b>Cantidad Mensual</b>	<b>Gastos Mensuales</b>	<b>Cantidad Mensual</b>	<b>Total Adeuda o Atrasado</b>
Salarios Total _____ (nombre)		Vivienda (hipoteca o alquiler)		
Salarios Total _____ (nombre)		Electricidad		
Salarios Total _____ (nombre)		Gas		
Salarios Total _____ (nombre)		Agua		
Salarios Total _____ (nombre)		Teléfono		
Seguro Social de Discapacidad		Cable		
S.S.I		Teléfono móvil		
Incapacidad de Veteranos de Guerra		Pago de Coche		
Retiro		Gasolina		
Cupones de Alimentos		Seguro de Auto		
TANF		Seguro de Hogar o Arrendador		
Familia		Costos de bolsillo de Seguro Médico y Dental		
Amigos		Gastos Médicos		
Seguro de Desempleo		Recetas		
Compensación de Trabajadores		Almuerzos Escolares		
Manutención de Menores		Comestibles		
Otras Agencias		Lavandería		
Otros Ingresos		Cuidado de Niños		
WIC <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Pensión Alimenticia		
Medicaid <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Préstamos (explique el propósito)		
		Otro (explicar)		
Saldo de Cuenta Bancaria				
Saldo de Cuenta de Ahorros				
<b>Total de ingresos</b>		<b>Gastos totales</b>		

**Transporte:**

Información de coche

Modelo \_\_\_\_\_

Año \_\_\_\_\_

¿El coche pertenece a usted? \_\_\_\_\_

**Centro de Servicios Familiares de Frisco**  
**Departamento de Parques y Recreación de Frisco**

**POLÍTICAS**  
**FAVOR LEA A CONTINUACIÓN Y FIRMAR**

**Divulgación de información**

---

Autorizo la divulgación de información al Centro de Servicios Familiares de Frisco (FFSC) a fin de recibir la ayuda que solicito. Certifico, además que la información que he declarado es cierto y correcto y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que FFSC podrá verificar que la información sobre esta aplicación y que la falsificación deliberada puede someterme a la negación de asistencia y servicios.

Doy permiso al Centro de Servicios Familiares de Frisco examinar cuestiones relacionadas con este caso de solicitud con otras agencias, entidades gubernamentales, empresas, iglesias, abogados, organizaciones, sociedades, hospitales, personal médico, individuos, y otras que se consideren necesarias para verificar la información de la aplicación o identificar fuentes adicionales de asistencia. Entiendo que toda la información es tratada como confidencial por el Centro de Servicios Familiares de Frisco.

He leído, entendido, y estoy de acuerdo con las políticas descritas anteriormente en relación con los servicios prestados por el Centro de Servicios Familiares de Frisco y la divulgación de información

---

Firma

---

Fecha

**(FFSC) Declaración de Misión: Proporcionar servicios sociales a las personas y familias necesitadas y ayudarlos a convertirse en miembros productivos de la comunidad de Frisco.**

De conformidad con la ley federal y política de la USDA, FFSC prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, género, edad, religión, creencias políticas, orientación sexual, o discapacidad.  
(No todas las bases prohibidas se aplican a todos los programas).

**Centro de Servicios Familiares de Frisco**  
**Departamento de Parques y Recreación de Frisco**  
8780 Third St. ▪ Frisco, TX 75034 ▪ 972-335-9495

La siguiente documentación deberá acompañar su solicitud completada. Sólo es necesario proporcionar copias de un mes de gastos e ingresos.

**SE REQUIERE LA INFORMACIÓN SIGUIENTE:**

- Solicitud con firma

**Prueba de su dirección actual** (adjunte el papeleo que se aplica a su situación de vida)

- Contrato actual de arrendamiento
- Documentos de la Sección 8
- Actual contrato de hipoteca o cupón

**Identificación para todos los miembros del hogar** (adjunte al menos una forma de identificación para cada miembro de su familia. Licencia de conducir, tarjetas de identificación estatal y seguro social, son preferidas.

- Licencia de conducir
- Tarjeta de Identificación Estatal
- Pasaporte
- Identificación de Escuela
- Seguro Social
- Acta de Nacimiento

**Prueba de todos los ingresos** (adjunte todo lo que corresponda a su grupo familiar).

- 2 más recientes talones de cheques de cada persona que trabaja en su casa (incluyen nuevo empleo y terminado)
- Aviso de elegibilidad de seguro de desempleo o talones de compensación por desempleo.
- declaración de manutención infantil
- Aviso de subvención actual de beneficios del Seguro Social/SSI.
- Carta de cupones de alimentos y cartas de Medicaid/TANF mostrando cuánto recibió o Carta de negación.
- Los registros de empleo por cuenta propia (formularios de impuestos del año pasado)
- Estado de cuenta bancaria actual.

**Prueba de todos los gastos** (por favor incluya todo lo que corresponda a su hogar). **(Deben proporcionar estado de cuenta bancaria actual con información detallada. Avisos de desconexión no será suficiente).**

- Pago de Alquiler/Hipoteca
- Facturas de utilidades incluyendo eléctrica, agua, gas, teléfono, cable, y celular **ACTUAL.**
- Cuidado de niños
- Pagos de coche
- Seguro de coche
- Seguro médico
- Pagos de tarjetas de crédito
- Reparación de coches
- Otros préstamos o elementos que afecta a los ingresos

**Documentación sobre circunstancias únicas**

- Informes/reportes a la policía y bomberos
- Comprobantes de pagos de gastos inusuales
- Cuentas de atención medica Hospital/Emergencias
- prueba de desempleo