



**Patrocinado por la ciudad de New Bedford, Parques de recreación y playas.**

En el Campamento de verano Kennedy aceptamos a niños de las edades 5-14 que están buscando que su verano sea uno divertido y emocionante. Los participantes tomaran parte en muchas actividades al aire libre, exploraciones de aprendizaje, arte y manualidades, educación ambiental, natación en las playas, y mucho más!

Adicionalmente, los participantes tendrán desayuno, almuerzo, y transportación GRATIS!

### **UBICACION**

Ft. Taber Community Center

### **COSTO**

\$195 por sesión de dos semanas para los residentes de New Bedford.

*(Becas están disponibles solo para residentes de NB)*

*Se ofrecerá una cantidad limitada a las familias elegibles a \$95 por beca.*

*(Costo será de \$100 por sesión)*

*Los que no son residentes pueden inscribirse en las sesiones a un costo de \$225 por sesión de dos semanas.*

Los formularios de inscripción están disponibles ahora!

Llame al (508) 961-3015

El espacio es limitado; regístrese temprano para asegurar un verano lleno de diversión!

#### **Sesiones Disponibles**

Sesión 1 Julio 2–Julio 13

Sesión 2 Julio 16-Julio 27

Sesión 3 Julio 30–Agosto 10

Sesión 4 Agosto 13-Agosto 24

8 am – 3 pm diario, Cerrado 4 de Julio

#### **Información de Pagos**

Pago para sesión 1 se debe al momento del registro.

Sesión 2– Pagarlo antes de Junio 25

Sesión 3- Pagarlo antes de Julio 09

Sesión 4– Pagarlo antes de Julio 23

Apellido de Participante \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

## KENNEDY SUMMER DAY PROGRAM

### PAQUETE DE INSCRIPCIÓN 2018

FAVOR DE COMPLETAR CUIDADOSAMENTE TODA LA INFORMACIÓN ADJUNTA Y PROVEA TODA LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA.

ESTE FORMULARIO DE REGISTRO NO SERÁ ACEPTADO A MENOS QUE SE COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN.

**FAVOR DE HACER LOS CHEQUES A NOMBRE DE LA CIUDAD DE NEW BEDFORD (CITY OF NEW BEDFORD)**

**(PAGOS: SOLO CHEQUES, GIRO POSTAL (MONEY ORDER) O TARJETA DE CRÉDITO TAMBIÉN ES ACEPTADA)**

**\*SE LE HARÁ UN CARGO DE CONVENIENCIA SI USA TARJETA DE CRÉDITO\***

**NINGUN EFECTIVO ACEPTADO!**

**FAVOR DE DEVOLVER EL REGISTRO LLENADO COMPLETAMENTE A:**

**181 HILLMAN STREET, EDIFICIO #3,**

**OFICINAS ADMINISTRATIVAS DE PARQUES DE RECREACIÓN, Y PLAYAS.**

---

## Índice

PÁGINA 3... INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO/A.

PÁGINA 4... HORARIO DE TRANSPORTACIÓN.

PÁGINA 5-6... FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE INGRESO.

PÁGINA 7-8... INFORMACIÓN MÉDICA.

PÁGINA 9... POLÍTICA DE MEDICAMENTOS.

PÁGINA 10... FORMULARIOS DE PERMISO DE MEDICAMENTOS.

PÁGINA 11-13... FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y DESCARGO DEL PROGRAMA.

PÁGINA 14... INFORMACIÓN DEL PROGRAMA.

PÁGINA 15-17... SOLICITUD DE BECA.



Apellido de Participante \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

**KENNEDY SUMMER DAY PROGRAM**  
**Paquete de Inscripción**  
**POR FAVOR, 1 PAQUETE POR NIÑO**

Nombre de Niño \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Dirreccion \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ **Presentar prueba de residencia para la tarifa residencial.**

Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Grado en Sept. 2017 \_\_\_\_\_ **Presentar copia del certificado de nacimiento de su niño.**

Madre/Tutor \_\_\_\_\_

Dirreccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Numero de Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Dirreccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Numero de Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Emergencia/Pick-up información (distinto del padre/madre/tutor)

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**Por Favor, Circule las sesiones que asistirá:**

Sesión 1: Julio 2 – Julio 13

Sesión 2: Julio 16 – Julio 27

Sesión 3: Julio 30 – Agosto 10

Sesión 4: Agosto 13 - Agosto 24

**TRANSPORTE**

Mi niño tiene permiso para volver caminando a casa desde Fort Taber Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Mi niño tiene permiso para volver caminando a casa desde la parada de autobús Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Mi niño usara el transporte: **RUTA#** \_\_\_\_\_ **Ubicación:** \_\_\_\_\_

*Consulte la página 4 para información de ruta*

**Kennedy Summer Day Program Rutas 2017  
(Todas las rutas de autobuses están sujetas a cambio.)**

**RUTA 1**

1	Corner of Acushnet Ave. & Fieldstone Dr. (Block South from Braley Rd)
2	Child and Family Services Parking Lot (Accu-Billard's at 140 Highway Sign)
3	Corner of Phillips Ave & Morton Ave. (Campbell School)
4	Greater New Bedford Voc-Tech (Infront of Sign)
5	Corner of Tarkilnhill Rd & Orleans St. (Normandin Middle School Sign)
6	Wilks Library on Acushnet Ave (at Sign)
7	Corner of Ashley Blvd & Glennon St. (Lincoln School)
8	St. Anthony's Church (Acushnet Ave.)
9	Hayden McFadden School (County St. at Crosswalk)

**RUTA 2**

1	Corner of County St. & Parker St. (Parker School)
2	Corner of County St. & North St. (St. Lawrence Church)
3	Corner of County St. & Court St. (N.B. Public Schools)
4	Corner of County St. & Allen St.
5	Corner of County St. & Rivet St.
6	Corner of County St. & Jouvette St.
7	Corner of Brock Ave. & David St.
8	Corner of Brock Ave. & Valentine St.
9	Corner of Brock Ave. & Oaklawn St.

**RUTA 3**

1	Corner of Mt. Pleasant & Rayno St. (Across from Kings Hwy Park & Ride)
2	Mt. Pleasant St. & Barret St. (Eddie James Park Sign)
3	Carlos Pacheco Elementary School (Buchanan St. Side)
4	Corner of Shawmut Ave. & Durfee St.
5	New Bedford High School (at the Sign)
6	Corner of Rockdale Ave. & North St. (behind Rodman School)
7	Corner of North & James St. (Boys and Girls Club)
8	Corner of North St. & Park St.
9	Corner of Court St. & Tremont St. (Hathaway School)
10	Corner of Court St. & Jonathan St. (Block East of Rockdale Ave.)
11	Corner of Rockdale Ave. & Hawthorn St.
12	Corner of Palmer & Bedford St. (behind Winslow School)
13	Corner of Oak St. & Dartmouth St.
14	Corner of Hemlock & Thompson St. (Condon School)
15	Corner of Dunbar St. & Dartmouth St. (Dunbar School)
16	Corner of Hemlock & Rockdale Ave. (Storage Center)

Apellido de Participante \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_



**CITY OF NEW BEDFORD**  
**Department of Planning, Housing and Community Development**  
**Formulario De Certificacion De Ingreso**  
**Año Fiscal 2017**

**Individual assisted by a Community Development Block Grant Funded Activity**

Límites de ingreso requeridos por el Departamento de vivienda y desarrollo urbano de EE.UU– *Por favor circule uno.*

<b>INCOME LEVEL</b>	<b>1 PERSON</b>	<b>2 PERSON</b>	<b>3 PERSON</b>	<b>4 PERSON</b>	<b>5 PERSON</b>	<b>6 PERSON</b>	<b>7 PERSON</b>	<b>8 PERSON</b>
Extremely Low Income (30%)	0 - 13,250	0- 15,150	0 - 17,050	0- 18,900	0- 20,450	0- 21,950	0- 23,450	0- 24,950
Very Low Income (50%)	13,251- 22,050	15,151- 25,200	17,051- 28,350	18,901- 31,500	20,451- 34,050	21,951- 36,550	23,451- 39,100	24,951- 41,600
Low Income (80%)	22,051- 35,250	25,201- 40,300	28,351- 45,350	31,501- 50,350	34,051- 54,400	36,551- 58,450	39,101- 62,450	41,601- 66,500
Over Income	35,251- above	40,301- above	45,351- above	50,351- above	54,401- above	58,451- above	62,451- above	66,501- above

**Etnicidad:** (seleccionar solo uno)     Hispanic or Latino     Not Hispanic or Latino

**Raza:** (select one)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> White                                  | <input type="checkbox"/> Asian & White                                 |
| <input type="checkbox"/> Black /African American                | <input type="checkbox"/> Black/African American & White                |
| <input type="checkbox"/> Asian                                  | <input type="checkbox"/> Am. Indian/Alaskan Native & Black/African Am. |
| <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native         | <input type="checkbox"/> Other Multi-Racial                            |
| <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Other Pacific Islander | <input type="checkbox"/> Asian/Pacific Islander                        |
| <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native & White |  |

**Otro:** (select all that apply)

- Mayor de edad (62 años o más)
- Discapacitado
- Mujer jefa del hogar
- Menor de edad (hasta los 18 años)

\_\_\_\_\_  
**Firma del aplicante**

\_\_\_\_\_  
 Escriba o Imprima el nombre

Apellido de Participante \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

***Si el cliente es menor de 18 años, un padre o tutor legal debe verificar los ingresos y firmar.***

Certifico que, bajo las penalidades de la ley, esta información de ingreso es correcta y entiendo que la información que he dado sobre los ingresos de mi familia está sujeta a verificación por parte de un representante autorizado de las oficinas de vivienda y desarrollo comunitario de New Bedford, y el departamento de vivienda y desarrollo urbano de los Estados Unidos.

**Esta información se mantendrá confidencial y se utilizara solo para fines de monitoreo de HUD.**

Firma del Padre/ tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Apellido de Participante \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

### Historial Médico

(Marque todas las opciones que correspondan)

Condición Cardíaca \_\_\_\_\_ La Diabetes \_\_\_\_\_ ADD/ADHD \_\_\_\_\_ Las Migrañas \_\_\_\_\_ Depresión \_\_\_\_\_

Otra (especificar) \_\_\_\_\_

Las Alergias (alimentos, insectos, medicamentos, medio ambiente) \_\_\_\_\_

Problemas de Audición (especificar) Oreja Izquierda \_\_\_\_\_ Oreja Derecha \_\_\_\_\_ Audífono(s) \_\_\_\_\_

Problemas de Visión (especificar) Gafas \_\_\_\_\_ Lentes de Contacto \_\_\_\_\_

Existen actividades que su hijo/a no puede participar? (especificar) \_\_\_\_\_

Enumere los medicamentos que su niño tiene actualmente \_\_\_\_\_

Una orden escrita de un médico y padre es necesario si la medicación se tomara en el programa. Ningún medicamento (OTC incluido) será dado a cualquier niño sin esto. Los medicamentos **SOLO** serán dispensados por la enfermera. Los niños **no están autorizados** a llevar los medicamentos en su persona. Póngase en contacto con el Departamento de Parques, Recreación, y Playas para el medicamento apropiado formulario de pedido. (Ver política de medicamentos en la página 8)

Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_

**Favor de enviar copia del informe del examen físico de su hij@ del año actual.**

#### IMMUNIZATION RECORD

	DATE	DATE	DATE	DATE	DATE	DATE
DPT						
TD/Tdap						
IPV/Polio						
Varicella (or documentation of Chicken Pox disease)						
HEP B						
MMR (Measles, Mumps, Rubella)						

**Signature of Physician** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**Apellido de Participante** \_\_\_\_\_ **Nombre** \_\_\_\_\_

*Todos los solicitantes están obligados a certificar que han recibido las vacunas anteriores y que estas vacunas son actuales. Favor de devolver el formulario completado y certificado por médico.*

*Nombre de Médico de Familia* \_\_\_\_\_ *Teléfono* \_\_\_\_\_

*Nombre del Dentista Familiar* \_\_\_\_\_ *Teléfono* \_\_\_\_\_

.....

Doy permiso a la enfermera del programa para compartir información revelada sobre el estado de salud de mi hijo/a con personal apropiado cuando sea necesario para satisfacer las necesidades de salud y seguridad de mi hijo/a e intercambiar información con el medico primario de atención de mi hijo/a con el propósito de referencia, diagnóstico y tratamiento.

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



## Política de Medicamentos

Para garantizar la salud y la seguridad de todos los niños que asisten al Campamento de verano Kenndy, aquí referido como el "**programa**", una supervisora de salud, aquí referido como la "**enfermera**", administrará todos los medicamentos. La enfermera es una empleada contratada de la Ciudad de New Bedford, Departamento de Parques de recreación, y playas. Según las regularidades del Departamento de Salud Pública de Massachusetts, 105 CMR 430.160, que se refiere a los estándares con respecto al almacenamiento y la administración de medicamentos a los niños, se aplicará una adaptación al programa.

**Toda** la medicación administrada (receta y sin receta) debe tener el permiso del médico (prescripción) y tener el formulario de permiso completado por el padre/madre/ tutor.

**Todos** los medicamentos deben ser entregados al programa por el padre/madre/tutor o adulto responsable y contados o revisados con la enfermera o el funcionario designado.

**Todos** los medicamentos prescritos se enviarán al programa en los envases originales con la etiqueta de la farmacia con su nombre, dirección e iniciales del farmacéutico, la fecha de llenado, el número de receta, el nombre del médico, el nombre del paciente, el nombre y la cantidad de medicamento recetado con las instrucciones de uso y las declaraciones de precaución.

**\*\*\*Pregúntele al farmacéutico por un contenedor etiquetado duplicado para que el medicamento sea dispensado mientras el niño/a asiste al programa.**

Todos los medicamentos sin receta, con autorización escrita del médico y el padre/madre/tutor, deben conservarse en el envase original con la etiqueta y las instrucciones de uso intacto y llevado al programa como se indico anteriormente.

Ningún niño será permitido llevar medicamentos con las siguientes excepciones:

- a. Un niño en grado 7 u 8 que es capaz y tiene órdenes de automedicación, permiso de los padres y aprobación de la enfermera del programa. Se le puede permitir a el niño/a llevar un inhalador en todo momento y auto administrarse, pero esto debe hacerse bajo la supervisión de la enfermera.
- b. Se permite el permiso / aprobación del uso de dispositivos de autocontrol y auto inyección, pero debe tomarse en presencia de la enfermera y de acuerdo con las órdenes del médico. (es decir, diabéticos)

**Delegación de medicamentos:** el MDPH ha autorizado una "delegación limitada" para que el personal sin licencia administre medicamentos en situaciones limitadas. Los individuos serán entrenados para administrar un Epi-pen a un niño con alergia conocida y para quien se le ha recetado Epi-pen. Esto no permite que la persona entrenada administre el Epi-pen a un niño sin su propia receta. Esa decisión debe tomarla únicamente la enfermera del programa, en caso de una situación de emergencia.

**NO** se administraran medicamentos sin cumplir esos requisitos del programa. Si tiene alguna duda, póngase en contacto con la directora de Parques de Recreación, y Playas.

**Guarde esta página en sus registros! Gracias.**

Apellido de Participante \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

**Formulario de Autorización de Medicamentos**

Doy permiso a la enfermera y la directora del Campamento de verano Kennedy para administrar los siguientes medicamentos a:

\_\_\_\_\_ (Nombre de Niño/a)

**Haga una lista de los medicamentos y las veces para ser administrado:**

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Tengo conocimiento que esto es un servicio y estoy de acuerdo con las directrices indicadas en la política de medicamentos.

\_\_\_\_\_

**Padre/Madre/Tutor Firma**

*Fecha*

### Formulario de Consentimiento

<p><b><u>Natación</u></b></p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p> <p style="text-align: right;"><b>Iniciales</b></p> <p>Doy mi consentimiento para que mi hijo vaya a nadar en East Beach junto al parque Fort Tabor en New Bedford, Massachusetts durante toda su sesión del programa de verano Kennedy. Los participantes estarán caminando a la playa con supervisión. Entiendo que mi niño debe traer un traje de baño, toalla, y protector solar para nadar.</p>
<p><b><u>Excursiones</u></b></p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p> <p style="text-align: right;"><b>Iniciales</b></p> <p>Doy mi consentimiento para que mi hijo/ a asista en las excursiones relacionados con el programa. Esto incluye excursiones que pueden incluir caminar y viajar en autobus. Entiendo que todas las excursiones se llevaran a cabo durante el horario del programa y que mi hijo/a estara de regreso antes de la hora de salida.</p>
<p><b><u>Lanzamiento de fotos</u></b></p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p> <p style="text-align: right;"><b>Iniciales</b></p> <p>Doy permiso para que tomen fotografías de mi hijo/a y para que sea capturado en videos en relacion con las actividades del programa de verano Kennedy y para que tambien sea utilizado en articulos de periodicos y revistas, en television, o en internet, y en otras presentaciones relacionadas con el programa. Entiendo que mi hijo/a sera indentificado por su primer nombre y apellido.</p>
<p><b><u>Comidas</u></b></p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p> <p style="text-align: right;"><b>Iniciales</b></p> <p>Doy permiso para que mi hijo/a participe en todos los eventos que incorporan refrigerios especiales como por ejemplo, papas, jugos, fruta, y bizococho. He incluido una lista de las alerdias mas comunes de mi hijo/a junto a una nota del medico que confirma las alergias.</p>
<p><b><u>Cancelaciones y Devoluciones</u></b></p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p> <p style="text-align: right;"><b>Iniciales</b></p> <p>Los formularios de solicitud de reembolsos deben recibirse anted del inicio de la sesion, se reembolsara todo pago realizado con la excepcion de una tarifa administrativa de \$25.00 por sesion inscrita.</p>

Apellido de Participante \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

**Comportamiento**

**Iniciales**

Entiendo que el programa de verano Kennedy es responsable de mantener un ambiente seguro y divertido, y si el comportamiento de mi hijo/a es perturbador o infringe las reglas de I programa de verano Kennedy para los participantes, es posible que lo despidan del campamento, y sin reembolso.

**Cargo por recoger tarde**

**Iniciales**

Entiendo que el tiempo de recoger a mi hijo/a en el campamento Kennedy es a las 3:00pm. A los que no hayan sido recogidos antes de las 3:15 se les aplicara un cargo de \$10.00 por cada 5 minutos hasta que se recoja a el niño/a.

Apellido de Participante \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

**Descargo hacia el programa - Firma**

**Descargo:** En consideración a esta solicitud y / o el derecho a participar en esta actividad, yo o mi hijo, liberamos a la Ciudad de New Bedford, sus empleados, agentes, representantes y otras personas u organizaciones por cuya conducta la Ciudad puede ser responsable de cualquier y toda responsabilidad, daño por pérdida, costos, reclamos y / o causas de acción, incluidos, entre otros, todos los reclamos por lesiones corporales y daños a la propiedad resultantes o derivados del uso de las instalaciones, o equipos de la Ciudad de New Bedford , y / o causados de cualquier manera por la Ciudad de New Bedford, sus empleados, agentes, representantes y otras personas u organizaciones por cuya conducta la Ciudad puede ser responsable. Yo y / o mi hijo estamos en la condición física necesaria para participar en la actividad registrada. Autorizo al personal a buscar atención médica de emergencia en mi nombre o en nombre de mi hijo, si es necesario. Asumiré todos los costos asociados con tal tratamiento. He sido informado de las políticas del programa, incluida la política de reembolso, si corresponde. Entiendo completamente este descargo hacia el programa y acepto voluntariamente sus términos. Certifico que, bajo las penalidades de la ley, esta información es correcta y entiendo que la información que he compartido sobre los ingresos de mi familia están sujetas a verificación por representantes autorizados de la Oficina De Vivienda y Desarrollo Comunitario de la Ciudad de New Bedford, y el Departamento de EE. UU. De Vivienda y Desarrollo Urbano. Esta información se mantendrá confidencial y se utilizará únicamente con fines de supervisión de fondos.

Firma de Padre/Madre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Office Use Only (Para uso de oficina solamente)**

Sessions Enrolled: 1 2 3 4 Total Amount Due: \$ \_\_\_\_\_ Deposit/ck.# \_\_\_\_\_

Birth Certificate \_\_\_\_\_ Immunizations \_\_\_\_\_ Proof of Residency \_\_\_\_\_ Employee Initials \_\_\_\_\_

Bus Pickup a.m. \_\_\_\_\_ Bus Drop-off p.m. \_\_\_\_\_



## Que Traer! (Todos Los Días)

Los Participantes Necesitaran...

- Ropa suelta y apropiada. La ropa debe cubrir el estomago y la espalda. Los participantes también deben llevar o traer zapatos para correr (tenis).
- Todos recibirán una camiseta del Campamento Kennedy. Se pide a los participantes que lleven sus camisa del Campamento Kennedy en todas las excursiones!
- Traje de baño, toalla y chanclas para la playa y otras actividades acuáticas.
- Loción basada sunblock (Sin Spray), un sombrero y una botella de agua
- El desayuno y el almuerzo se ofrecen diariamente sin embargo, los participantes pueden traer su propia comida y aperitivos
- Una chaqueta o sudadera para los días cuando el clima este fresco, ya que estamos frente a la playa y a veces hace viento frio.
- Un cambio de ropa en caso de emergencia (Muy recomendado)

\*Por favor tenga en cuenta que los teléfonos móviles y dispositivos electrónicos **NO SON** permitidos en el Campamento de Verano Kennedy\*

Ciudad de New Bedford Parques de Recreación, y Playas

Programa de Becas

La Ciudad de New Bedford y el departamento de Parques de Recreación, y Playas ha desarrollado un programa de becas para los residentes de New Bedford solicitando asistencia financiera para participar en el Departamento de Recreación del programa. Residentes de New Bedford que cumplan con los requisitos de calificación e ingresos que se detallan a continuación, además de contribuir con un mínimo de \$100 para cada tarifa del programa, son elegibles para postularse. Por favor revise los criterios de elegibilidad y las instrucciones para la participación. En este momento, las becas solo están disponibles para aquellos con edades comprendidas entre los 5-14 años de edad.

1. Rellene el formulario de solicitud adjunto. Los formularios incompletos no serán procesados.
2. El solicitante debe ser residente de New Bedford.
3. Prueba de residencia y copias de los siguientes programas o documentos de verificación:
  - SNAP
  - WIC
  - 1040
4. Los participantes deben pagar un mínimo de \$100 a las tarifas del programa, a menos que se especifique lo contrario. La tarifa no se aplicara hasta que la solicitud haya sido aprobada.
5. Se pretende que la asistencia sea solo para el programa anotado. Los participantes pueden ser obligados a pagar un costo total o parcial.
6. La asistencia se limita a una o dos sesiones por solicitud.
7. Se puede recibir un máximo de \$95 de financiación por individuo dentro del año fiscal (Julio-Junio), a menos que se especifique lo contrario.
8. Los fondos son limitados y están sujetos a disponibilidad.
9. La asistencia de honorarios se otorga por orden de llegada.
10. La asistencia con tarifas se debe usar solo para el registro y no incluye suministros, equipo u otros costos.
11. Cualquier cuenta atrasada debe actualizarse antes de que se considere una solicitud de asistencia con tarifa.
12. Las decisiones con respecto a la asistencia son finales.
13. El solicitante que falsifique información o no asista a clase con regularidad puede no ser elegible para recibir asistencia con la tarifa. Si circunstancias atenuantes, por favor llame a la supervisora a el número (508) 961-3015.
14. Todas las aplicaciones se mantienen confidenciales.

*Por favor mantenga esta página para sus registros, Gracias!*

Apellido de Participante \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

**Solicitud de Beca 2018 del Campamento de Verano Kennedy**

**\* Por favor imprima toda la información y responda TODAS las preguntas. Esta información es esencial para servir mejor a su hijo. Toda la información es confidencial. La asistencia financiera es limitada. Por favor, brinda toda la información solicitada.**

Fecha: \_\_\_\_\_

1. Para que programa de Parques de recreación, y playas está solicitando ayuda financiera?

Nombre de Programa \_\_\_\_\_ Tarifa \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio de la Actividad \_\_\_\_\_

2. Cantidad de la Financiación Solicitada \_\_\_\_\_

3. Nombre de Participante \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

4. Dirección \_\_\_\_\_

5. Nombre de Padre/Madre/Tutor Principal: \_\_\_\_\_

6. Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

7. Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_

8. El Tamaño de la Familia: \_\_\_\_\_

Nombre completo de los que viven en el hogar:

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad (Si, son menos de 18 años): \_\_\_\_\_

Relación con el Solicitante \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad (Si, son menos de 18 años): \_\_\_\_\_

Relación con el Solicitante \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad (Si, son menos de 18 años): \_\_\_\_\_

Relación con el Solicitante \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad (Si, son menos de 18 años): \_\_\_\_\_

Relación con el Solicitante \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad (Si, son menos de 18 años): \_\_\_\_\_

Relación con el Solicitante \_\_\_\_\_



Apellido de Participante \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

9. Prueba de uno de los siguientes programas o documentos (por favor marque la cajita para los que apliquen):

SNAP

WIC (Women, Infants, and Children)

1040

other

10. Su hijo(a) ha recibido nuevos fondos antes de New Bedford Parques de Recreación, y Playas?  Si  No

Si, Cuando: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_

11. Comentarios o información adicional que desee agregar:

Certifico que todas las declaraciones en esta solicitud son ciertas y correctas. Entiendo que declaraciones falsas o incorrectas será causa suficiente para la descalificación de la solicitud.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Todas las aplicaciones deben entregarse a la oficina de Parques de Recreación, y Playas, ubicado en;  
181 Hillman Street Edificio #3, New Bedford MA, 02740.

Su solicitud debe ser devuelta junto con su **formulario de registro** y la **declaración de impuestos 2017 1040, los últimos tres (3) talonarios de pago y cualquier otra documentación financiera. No se considerará una beca si no envía los materiales enumerados anteriormente. \* Para cualificar para una beca debe estar dentro del rango de ingresos "muy bajo" a "extremadamente bajo" en el formulario adjunto CDBG.**

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda llenando el formulario, favor de contactarse con las oficinas de Parque de recreaciones, y playas al número (508) 961-3015.

Apellido de Participante \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

**OFFICIAL USE ONLY (Para uso de oficina solamente)**

Proof of Low Income Program \_\_\_\_\_

Residency Verified: \_\_\_\_\_

Activity Availability Verified: \_\_\_\_\_

Scholarship Awarded: \_\_\_\_\_

Amount Awarded: \_\_\_\_\_

-or-

Reason for Denial:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Approved by Supervisor: Signature \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date