



Sponsored by City of New Bedford Parks, Recreation & Beaches

Kennedy Summer Day Program los ejércitos de los niños entre 5-14 años de edad que están buscando un divertido y emocionante experiencia de verano. A los participantes a tomar parte en muchas actividades al aire libre, tomar parte en morir en el aprendizaje de las exploraciones, las artes y los oficios, la educación ambiental, la natación en la playa y mucho más!

Además, el participante puede acceder de forma gratuita el desayuno, el almuerzo y el transporte.

UBICACION

Ft. Taber Community Center

COSTO

\$240.00 por sesión residentes NB

Las becas están disponibles solamente a los residentes, la limitada cantidad ofrecida. (\$140.00 por sesión) No residentes pueden registrarse para las sesiones en el costo de \$270.00 por sesión.

Los paquetes de inscripción están disponibles ahora! Llame al (508) 961-3015, el espacio es limitad; el registro temprano para asegurar un divertido verano!

Las Sesiones Disponibles:

Sesión 1 Julio 1–Julio 13
Sesión 2 Julio 15–Julio 26
Sesión 3 Julio 29–Agosto 9
Sesión 4 Agosto 12–Agosto 23
8 am – 3 pm a diario, Cerrado Julio 4

Información de Pago

Pago por sesión 1 es debido en el momento de la inscripción.
Sesión 2–Debido Junio 24
Sesión 3–Debido Julio 8
Sesión 4–Debido Julio 22

Para más información llame o visita la Oficina
Administrativo de los Parques, Recreación, y Playas
al:
(508) 961-3015
181 Hillman St. Edificio 3
New Bedford, MA 02740



Apellido de Participante _____ Nombre _____



CITY OF NEW BEDFORD

JONATHAN F. MITCHELL, MAYOR

KENNEDY SUMMER DAY PROGRAM PAQUETE DE INSCRIPCIÓN 2018

POR FAVOR, RELLENE CUIDADOSAMENTE TODA INFORMACIÓN ADJUNTA Y PROPORCIONAR TODA LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA.

ESTE PAQUETE DE INSCRIPCIÓN NO SERÁ ACEPTADO A MENOS QUE TODA LA INFORMACIÓN SE COMPLETA.

POR FAVOR, HAGA LOS CHEQUES PAGADEROS A LA CIUDAD DE NEW BEDFORD

(PAGO: SOLO EN CHEQUE, ORDEN DE PAGO, O TARJETA DE CRÉDITO* ACEPTADOS)

NINGUN EFECTIVO ACEPTADO!

*TARIFA DE CONVENIENCIA

DEVUELVA EL PAQUETE DE INSCRIPCIÓN A:

181 HILLMAN STREET, EDIFICIO #3,

PARQUES, RECREACIÓN, Y PLAYAS OFICINA DE ADMINISTRATIVO.

PÁGINA 3...INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO

PÁGINA 4...HORARIO DE TRANSPORTACIÓN

PÁGINA 5... CERTIFICACIÓN DE INGRESOS DEL FORMULARIO

PÁGINA 6-7... INFORMACIÓN MÉDICA

PÁGINA 8... POLÍTICA DE MEDICAMENTOS

PÁGINA 9... MEDICAMENTO FORMULARIO DE PERMISO

PÁGINA 10... PROGRAMA DE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

PÁGINA 11...FIRMA FORMULARIO DE RENUNCIA

PÁGINA 12... INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

PÁGINA 13-15... SOLICITUD DE BECA

Apellido de Participante _____ Nombre _____



CITY OF NEW BEDFORD

JONATHAN F. MITCHELL, MAYOR

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

Nombre de Niño _____ Apellido _____

Dirección _____

Ciudad _____ Código Postal _____ **Presentar prueba de residencia para la tasa de residentes.**

Sexo: Masculino _____ Femenino _____

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

Madre/Tutor _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Número de Teléfono _____ Número de Trabajo _____ Celular _____

Padre/Tutor _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Número de Teléfono _____ Número de Trabajo _____ Celular _____

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

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Por Favor, Circulo Sesiones Asistir:

Sesión 1: Julio 1 – Julio 12

Sesión 2: Julio 15 – Julio 26

Sesión 3: Julio 29 – Agosto 9

Sesión 4: Agosto 12 - Agosto 23

TRANSPORTE

Mi niño tiene permiso para volver caminando a casa desde Fort Taber Si _____ No _____

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

Mi niño usará proporcionado 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-Billards 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)



CITY OF NEW BEDFORD
Department of Planning, Housing and Community Development

FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE INGRESOS
AÑO FISCAL 2018

Límites de ingresos requeridos por el U.S. Dept. of Housing & Urban Development – *Por favor marque con un círculo.*

NIVEL DE INGRESOS	1 PERSONA	2 PERSONA	3 PERSONA	4 PERSONA	5 PERSONA	6 PERSONA	7 PERSONA	8 PERSONA
Ingresos Extremadamente Bajos (30%)	0 - 14,750	0 - 16,850	0 - 18,950	0 - 21,050	0 - 22,750	0 - 24,450	0 - 26,150	0 - 27,800
Ingresos muy Bajos (50%)	14,751- 24,600	16,851- 28,100	18,951- 31,600	21,051- 35,100	22,751- 37,950	24,451- 40,750	26,151- 43,550	27,801- 46,350
Ingresos Bajos (80%)	24,601- 39,300	28,101- 44,900	31,601- 50,500	35,101- 56,100	37,951- 60,600	40,751- 65,100	43,551- 69,600	46,351- 74,100
Sobre Ingreso	Más de 39,301	Más de 44,901	Más de 50,501	Más de 56,101	Más de 60,601	Más de 65,101	Más de 69,601	Más de 74,101

Etnicidad: (seleccione sólo una) _____ Hispano o Latino _____ No Hispano o Latino

Raza: (seleccione uno)

- | | |
|--|---|
| ☐ Blanca | ☐ Asiático y Blanca |
| ☐ Negro / Afroamericano | ☐ Negro / Africano / Americano y Blanco |
| ☐ Asiático | ☐ Indio Americano / Nativo de Alaska y Negra / Afroamericano |
| ☐ Indio Americano / Nativo de Alaska | ☐ Asiático / Islas del Pacífico |
| ☐ Nativo de Hawaii / Islas del Pacífico | ☐ Otras multiracial |
| ☐ Indio Americano / Nativo de Alaska y Blanca | |

Otro: (seleccione todas las que apliquen)

- ☐ Ancianos (62 años o más)
- ☐ Persona discapacitada
- ☐ Jefa de hogar
- ☐ Menor de edad (hasta 18 años)

Firma del aplicante _____

Nombre imprenta _____

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

Certifico, bajo pena de ley, que esta información de ingresos es correcta y entiendo que la información que he proporcionado en mi ingreso familiar está sujeta a verificación por parte de los representantes autorizados de la City of New Bedford's Department of Planning, Housing, and Community Development, and the U.S. Department of Housing and Urban Development.

Esta información se mantendrá confidencial y será utilizada para fines de control 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) _____

Las 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 medico y padre es necesario si la medicación se tomara en el programa. No existe ningún medicamento OTC (incluido) será dada 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 5)

DATE OF LAST PHYSICAL EXAM _____

Submit copy of participant's physical exam report of current year

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)						

Apellido de Participante _____ Nombre _____

Signature of Physician _____ **Date** _____

Todos los solicitantes están obligados a certificar que han recibido las vacunas anteriores y que estas vacunas son actuales. Por favor rellena el formulario y certificada por medico y devuelto.

Nombre de Médico de Familia _____ Teléfono _____

Nombre de Familia Dentista _____ Teléfono _____

.....

Doy mi consentimiento a la enfermera del programa para compartir información relevante para mi estado de salud del niño con el personal apropiado cuando sea necesario para atender a mi hijo/a con necesidades sanitarias y de seguridad y para intercambiar información con mi médico de atención primaria del niño con la finalidad de remisión, diagnóstico y tratamiento.

Firma _____ Fecha _____

Política de Medicamentos

Para garantizar la seguridad y la salud de todos los niños que asisten a los Kennedy, aquí en día de verano el programa denominado “el programa”, un supervisor de salud, aquí en denominada “la enfermera”, administrara todos los medicamentos. La enfermera es contratada como empleado de la Ciudad de New Bedford, en el Departamento de Parques, Recreación, y Playas. Según las regulaciones del Departamento de Salud Publica de Massachusetts, 105 CMR 430.160, que se refiere a las normas relativas al almacenamiento y la administración de medicamentos para niños, una adaptación será aplicada al programa.

Toda la medicación administrada (receta y sin receta) debe tener el orden del médico (prescripción) y padres/tutores completar formularios de permiso.

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 serán enviados al programa en los contenedores originales llevan la etiqueta de la farmacia con su nombre, dirección y las iniciales del farmacéutico, la fecha de llenado, el numero de la receta, el nombre del médico, el nombre del paciente, el nombre y la cantidad de medicamento prescrito con las instrucciones de uso y declaraciones de advertencia.

*****Pregúntele al farmacéutico para un duplicado de la etiqueta de contenedor para la medicación a suprimirse mientras el niño asiste al programa.**

Todos los medicamentos de venta libre, con autorización escrita del médico y el padre/madre/tutor, debe 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 de grado 7 o 8 que es capaz y tiene la automedicación pedidos, permiso parental, y la aprobación del programa de enfermera. Un niño puede ser permitido llevar un inhalador en todo momento y auto administrarse pero esto debe hacerse bajo la supervisión de la enfermera.
- b. El permiso o aprobación del uso de auto-monitoreo y auto-inyección de dispositivos está permitido pero debe tomarse en presencia de la enfermera y de acuerdo con las ordenes del médico. (es decir, los diabéticos)

Medicamentos delegación: la MDPH ha autorizado “delegación limitada” por personal no autorizado para administrar la medicación en situaciones limitadas. Los individuos serán capacitados para administrar un Epi-pen para un niño con una alergia conocida y para quienes la Epi-pen ha sido prescrita. Esto no permite que el individuo capacitado para administrar el Epi-pen a un niño sin su propia receta. Esa decisión se hizo solo por el programa enfermera, en el caso de una situación de emergencia.

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

Guarde esta página en sus registros! Gracias.

Apellido de Participante _____ Nombre _____

Formulario de Autorización de Medicamentos

Doy el Programa Día de Verano Kennedy enfermera permiso para administrar el siguiente medicamento.

_____ (Nombre de Nino)

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

_____ @ _____

_____ @ _____

_____ @ _____

Me doy cuenta de que esto es un servicio y estoy de acuerdo con las directrices indicadas en la política de medicamentos.

Padre/Madre/Tutor Firma

Fecha

Apellido de Participante _____ Nombre _____

Programa Formulario de Consentimiento

<u>Natación</u>	Primera
Doy mi consentimiento para que mi hijo vaya a nadar en East Beach junto al parque Fort Tabor en New Bedford, Massachusetts durante su programa del día de la Sesión de Verano de Kennedy. Los participantes estarán caminando a la playa y la supervisión será proporcionada. Entiendo que mi niño debe traer un traje de baño, toalla, protector solar y para nadar.	
<u>Los Viajes de Campo</u>	Primera
Doy mi consentimiento para que mi hijo/ a asistir a todos los viajes relacionados con el programa. Esto incluye los viajes de campo que puede implicar caminar y viajar en autobús. Entiendo que todos los viajes de campo tendra lugar durante las horas de programa y que mi nino va a estar de regreso antes del despido.	
<u>Foto Liberar</u>	Primera
Doy permiso para que mi hijo a tomarse la fotografia y para el/ella a ser capturado en video en relacion con las actividades del programa del dia de verano Kennedy y para ser usado en articulos de periodicos y revistas, en la television y otras presentaciones sobre el programa, o en la internet. Entiendo que mi nino solo seria identificado por nombre, en todo caso.	
<u>Lanzamiento de Alimentos</u>	Initial
Doy permiso para que mi hijo a participar en todos los eventos que incorporan los bocadillos especiales tales como, pero no limitado a, patatas fritas, zumo, fruta y pastel. He enumerado todas las alergias conocidas a mi hijo debajo de.	
<u>Alergia Alimentaria</u>	
<u>Cancelaciones y Devoluciones</u>	Initial
Formularios de solicitud de reembolsos deben ser recibidas antes del comienzo de la sesion, todos los pagos realizados con la excepcion de un honorario administrativo de \$25.00 por sesion matriculados, sera reembolsado.	
<u>Comportamiento</u>	Initial
Entiendo que el comportamiento Kennedy dia de verano es el programa responsable de mantener un ambiente interactivo y seguro y si el comportamiento de mi nino es perjudicial o en violacion de las normas del Programa Kennedy Dia de Verano para los participantes, el/ella podra ser expulsado del programa sin un reembolso.	

Apellido de Participante _____ Nombre _____

Renuncia - Firma

Renuncia: En el examen de la solicitud y/o el derecho a participar en esta actividad, que yo o mi hijo/a, la liberación de la Ciudad de New Bedford, sus empleados, agentes, representantes y otras personas u organizaciones, de cuya conducta la ciudad puede ser responsable de cualquier y toda responsabilidad, perdida, daño, coste de reclamaciones y/o causas de acción, incluyendo pero no limitado a todas las reclamaciones por lesiones corporales y daños a la propiedad resultantes de o que se deriven de la utilización de locales, instalaciones o equipamiento de la Ciudad de New Bedford, y/o causado en forma alguna por la Ciudad de New Bedford, sus empleados, agentes, representantes y otras personas u organizaciones, de cuya conducta podría ser responsable de la ciudad. Yo y/o mi hijo/a esta 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. Voy a asumir todos los costes asociados con cualquier tipo de tratamiento. He sido informado de las políticas del programa, incluyendo la política de devolución, si procede. Yo comprendo plenamente esta renuncia voluntariamente y aceptar sus términos. Certifico, bajo las penas de la ley, esta información es correcta y entiendo que la información que he proporcionado en mi ingreso familiar está sujeta a verificación por parte de los representantes autorizados de la Ciudad de New Bedford Oficina de Vivienda y Desarrollo Comunitario, y los EE.UU. Ministerio de Vivienda y Desarrollo Urbano. Esta información se mantendrá confidencial y utilizada para fines de control exclusivamente de financiación.

Padre/Madre/Tutor Firma: _____

Fecha: _____

Office Use Only

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...

- Holgada y ropa adecuada. La ropa debe cubrir el estomago y la espalda. Los participantes también deben llevar o traer zapatillas.
- Todos recibirán una camiseta de Kennedy. Se pide a los participantes que lleven sus camisa de Kennedy los MIÉRCOLES!
- Traje de baño, toalla y chanclas para la playa y otras actividades acuáticas.
- Loción basada sunblock (No 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 es fresco
- Un cambio de ropa en caso de emergencia (Se recomienda encarecidamente)

*Por favor tenga en cuenta que los teléfonos móviles y dispositivos electrónicos **NO SON** permitidas en el Kennedy Día de Verano Programa.*

Ciudad de New Bedford Parques, Recreación, y Playas

Programa de Becas

Aplicación y Directrices Información

La Ciudad de New Bedford, Parques, Recreación, y Playas Departamento ha desarrollado un programa de becas para los residentes de New Bedford solicitar asistencia financiera para participar en el Departamento de Recreación de la programación. New Bedford residencias que reúnan las calificaciones y requisitos de ingreso que figuran a continuación, así como contribuir con un mínimo de \$100.00 dólares para cada programa de pago, son elegibles para aplicar. 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
 - 1040
4. Los participantes deben pagar un mínimo de \$100.00 a las tarifas del programa, a menos que se especifique lo contrario. Los honorarios no se aplican hasta que la solicitud haya sido aprobada.
5. Es la intención de que esta asistencia sea temporal. Los participantes podrán ser obligados a pagar el costo total o parcial.
6. La asistencia está limitada a una actividad por la aplicación del Programa y de la temporada.
7. No todas las actividades del programa ofrecer asistencia.
8. Todas las solicitudes deben tener un Programa Formulario de inscripción incluye el nombre de la clase.
9. Un máximo de \$140.00 por persona de financiación podrán ser recibidas dentro del año fiscal (Julio – Junio), a menos que se especifique lo contrario.
10. Proporcionar 4 semanas antes de la clase de procesamiento/fecha de inicio de la actividad.
11. Los fondos son limitados y sujetos a disponibilidad.
12. La ayuda se concede honorarios en un primer llegado, primer servido base.
13. Tarifa es la asistencia que debe utilizarse para el registro solamente, y no incluyen los suministros, equipos y otros gastos.
14. Cualquier cuentas atrasadas deben comparecer ante una tasa de asistencia actual se considera de aplicación.
15. Las decisiones relativas a la asistencia son finales.
16. Solicitante que falsificar la información o no asistir a clase con regularidad pueden ser elegibles para recibir asistencia. Si las circunstancias atenuantes, por favor llame al supervisor en 508-961-3015.
17. Todas las aplicaciones son confidenciales.

Apellido de Participante _____ **Nombre** _____

Fecha: _____

1. Que Parques, Recreación, y Playas programa estas solicitando financiación para?

Nombre de Programa _____ Tarifa _____

Fecha de Inicio de la Actividad _____

2. Importe de la Financiación Solicitada _____

3. Nombre de Participante _____ Edad _____

4. Dirección _____

5. Nombre de Padre/Madre/Tutor Principal: _____

6. Numero de Teléfono: _____ Teléfono de Trabajo: _____

7. Lugar de Trabajo: _____

8. El Tamaño de la Familia: _____

Nombre de Domestico Completo:

Nombre: _____ Edad (Si, son menos de 18 anos): _____

Relación con el Solicitante _____

Nombre: _____ Edad (Si, son menos de 18 anos): _____

Relación con el Solicitante _____

Nombre: _____ Edad (Si, son menos de 18 anos): _____

Relación con el Solicitante _____

Nombre: _____ Edad (Si, son menos de 18 anos): _____

Relación con el Solicitante _____

Nombre: _____ Edad (Si, son menos de 18 anos): _____

Relación con el Solicitante _____

9. Prueba de uno de los siguientes programas o documentos (por favor casilla(s) que aplican):

☐ SNAP

☐ WIC (Women, Infants, and Children)

☐ 1040

☐ other

Apellido de Participante _____ Nombre _____

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

Si, Cuando: _____ Cantidad: _____

11. Comentarios o información adicional que desee agregar:

Certificado que todas las declaraciones en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que declaraciones falsas o incorrectas será causa suficiente para la descalificación o solicitud.

Firma

Fecha

Todas las aplicaciones deben entregarse a la oficina de Parques, Recreación, y Playas, ubicado en;
181 Hillman Street Edificio 3, New Bedford MA, 02740. Las solicitudes deben ir acompañadas de un formulario de registro completo. Por favor llame al (508) 961-3015 para mas información. No se aceptaran solicitudes después de la fecha limite y no será aceptada sin toda la documentación requerida.

OFFICIAL USE ONLY

Proof of Low Income Program _____

Residency Verified: _____

Activity Availability Verified: _____

Scholarship Awarded: _____

Amount Awarded: _____

-or-

Reason for Denial:

Approved by Supervisor: Signature

Date