



PARQUES, RECREACIÓN Y SERVICIOS CULTURALES

City Hall ♦ 17500 Midvale Avenue North ♦ Shoreline, WA 98133-4921

Registración (206) 801-2600 ♦ Numero de Fax (206) 801-2793

www.shorelinewa.gov/parks

Si gusta enviar por correo la solicitud completa envíe a: 202 NE 185th St. Shoreline, WA 98155

2019 Solicitud para Becas de Programas de Recreación

Filosofía del Programa de Becas

La Ciudad de Shoreline desea poner los programas públicos de recreación a disposición de toda la juventud y participantes de recreación especializada y reconoce que las dificultades financieras pueden impedir la capacidad de pagar el costo de los programas. Para acomodar estas necesidades especiales, la Ciudad de Shoreline proporciona becas para los programas del 2019.

El programa de becas del 2019 proporciona, a cada participante que califica para un beca, **\$200.00 para el año calendario 2019**, para programas de Recreación y/o Acuáticos. *Los participantes que califican deben ser residentes de la Ciudad de Shoreline y menores de 18 años o participantes de recreación especializada mayores de 18 años.*

***Las becas son proveídas por la Ciudad de Shoreline y se otorgan en orden de llegada hasta que se hayan utilizado todos los fondos para las beca. Por favor tenga en cuenta que los fondos pueden agotarse antes de que puedan usar la cantidad completa de su beca asignada.**

IMPORTANTE:

Si desea retirarse de un programa después de registrarse, debe llamar a la oficina de Parques, Recreación y Servicios Culturales al (206) 801-2600. Los reembolsos son procesados de acuerdo con nuestra política de reembolso.

ELEGIBILIDAD DE BECAS - Para recibir una beca, debe mostrar prueba de **uno** de lo siguiente requisitos:

- Una carta del Distrito Escolar de Shoreline que verifica la elegibilidad para almuerzo/lonche gratis o a precio reducido durante el año escolar en curso.
- Una carta del programa de Head Start verificando que su hijo está actualmente inscripto en el programa de Head Start.
- Una carta de DSHS que muestra la aprobación de servicios durante el año en curso para un niño en su familia o un adulto con discapacidades. Si necesita una copia de su carta de aprobación, llame a DSHS al 1-877-501-2233 y solicite una copia por fax al (206) 801-2793.

NOTA: Si tiene otras circunstancias especiales o una razón para ingresos reducidos que requieren apoyo adicional, comuníquese con la oficina de Parques, Recreación y Servicios Culturales al (206) 801-2600. Las circunstancias especiales serán revisadas caso por caso.

Nombre del participante: _____
 Fecha de Nacimiento _____ M or F ___ Lonche Reducido ___ Head Start ___ DSHS

Nombre del participante: _____
 Fecha de Nacimiento _____ M or F ___ Lonche Reducido ___ Head Start ___ DSHS

Nombre del participante: _____
 Fecha de Nacimiento _____ M or F ___ Lonche Reducido ___ Head Start ___ DSHS

Nombre del participante: _____
 Fecha de Nacimiento _____ M or F ___ Lonche Reducido ___ Head Start ___ DSHS

Nombre del padre: _____ Correo electrónico: _____

Numero de casa: _____ Numero de Trabajo: _____ Teléfono Celular: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Solicitud Aprobada por: _____ Date _____
 Solicitud No aprobada por: _____ Date _____