

# Ciudad de Carlsbad Solicitud para el Programa de Becas

Aplicaciones solamente seran aceptadas Enero 1, 2024 - Diciembre 31, 2024

# 2024

Por favor complete la forma y regresa con los documentos requeridos a cualquier centro de la comunidad, o al centro de natación.

Por correo: **Parks and Recreation Department, Programa de Oportunidad de Becas, 799 Pine Avenue, Suite 200, Carlsbad, CA 92008**

Nombre de Padre o Tutor	Numero de teléfono de casa	Trabajo	Celular
Nombre de Padre o Tutor	Numero de teléfono de casa	Trabajo	Celular
Dirección	Ciudad/Código postal	Correo electrónico	

### Requisitos para bajos recursos del programa HUD - MSA 2023 condado de San Diego

Tamaño de hogar	Renta mensual	Renta Anual
1	\$4,020	\$48,250
2	\$4,596	\$55,150
3	\$5,171	\$62,050
4	\$5,742	\$68,900
5	\$6,204	\$74,450
6	\$6,663	\$79,950
7	\$7,121	\$85,450
8	\$7,579	\$90,950

### Información de subvención para desarrollo comunitario:

¿Recibe ayuda del programa de "Seccion Sí  No

### Ingreso familiar: Debe incluir todas las parejas que no son casadas y adultos que trabajan.

Fuentes de Ingreso	Total mensual	¿Por cual miembro de Familia es recibido?
A. Salario	\$	
B. Seguro Social	\$	
C. Asistencia Publica/Welfare	\$	
D. Pension alimenticia/incapacidad	\$	
E. Sustentó infantil (Child Support)	\$	
F. Desempleo	\$	
G. Otros ingresos	\$	
<b>TOTAL de INGRESOS MENSUALES</b>	<b>\$</b>	<b>← SUME A+B+C+D+E+F+G</b>

### TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTA APLICACIÓN SERÁ ESTRICAMENTE CONFIDENCIAL.

Certifico que la información proporcionada en esta aplicacion es verdadera, correcta y completa con el mejor de mi conocimiento. Le notificaré al programa inmediatamente de cualquier cambio, incluyendo mis ingresos, número de miembros en la familia, domicilio, o número de teléfono. Entiendo que el Programa de Oportunidad de Becas es un privilegio y no un derecho, y que está sujeto a la información dada en la declaración de ingresos que presenté. Prometo presentar copias de los documentos relacionados sobre la verificación de mis ingresos durante la entrevista, certifico que son copias autenticas y completas de las originales. También entiendo que cualquier declaracion falsa pueder resultar en la terminacion de beneficio del programa para mi hijo/a.

He leído y entiendo las declaraciones de arriba.

NOTA: Ambos padres o tutores necesitan firmar e incluir la fecha abajo

FOR INTERNAL USE	
Approved _____	Not-Approved _____
Expiration Date _____	

Nombre de Padre o Tutor	Fecha	Nombre de Padre o Tutor	Fecha
-------------------------	-------	-------------------------	-------

