



**SANTA BARBARA POLICE
ACTIVITIES LEAGUE**

**2019 Solicitud de Beca de la Alianza de
Campamentos**

FAMILY ID #

CA19

USO DE OFICINA SOLAMENTE			
Date Received	Verifying Official	Orientation	
		<input type="checkbox"/> Attended	<input type="checkbox"/> Did not attend
Household Size	Annual Income	Date	
Verification Provided		Camp Change	
		Date	
		<input type="checkbox"/> Report	
<input type="checkbox"/> Approved	<input type="checkbox"/> Denied	<input type="checkbox"/> CA Disqualification	

INFORMACIÓN FINANCIERA

POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS

Es usted padre soltero: SI NO Numero de miembros en su familia _____

Ingreso **MENSUAL** (por favor, incluya a todo el ingreso de los que vivan en su casa) \$ _____

Recibe ayuda del gobierno? (Marque todas las que apliquen)

SSDI SSI TANF Medical Calfresh Lonche gratis o reducido Asistencia general

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre _____ Apellido _____ Edad _____

Sexo HOMBRE MUJER Fecha de Nacimiento ____/____/____ Escuela _____ Grado en 2019-2020 _____

Por favor, marque sólo lo que se aplica

Ninguna Condición Medica

Asma ¿Requiere medicamento / inhalador? Sí No Diario Según Sea Necesario con Ejercicio

Alergias ¿A Qué? _____ Urticaria/erupción ¿Dificultad respiratoria? ¿Tiene "epi-pen"? Usa Benadryl

Diabetes Tipo I Tipo II Medicamentos: Oral Inyección Bomba Cuidado de diabetes independiente Necesita ayuda diaria

Restricciones de actividad Por Favor Especifique: _____

Ataques epilépticos Fecha del ultimo ataque: _____ Tipo de ataque: _____

Problemas Cardíacos Diagnóstico: _____ Restricciones físicas: _____

Hospitalización (Visitas a Emergencia) Fecha: _____ Razón: _____

Aparatos De Ayuda Zapatos/soporte correctivos Muletas Silla de ruedas/motorizada Lentes Aparato de sordera

Otras condiciones, discapacidades o medicamentos: _____

Médico: _____ Numero de teléfono del Medico: _____

Grupo Étnico (para propósitos estadísticos solamente) por favor de circular solo uno

Africano Americano Americano Nativo Asiático Caucasio Hispano/Latino Isleño Pacifico Otro _____

INFORMACIÓN DEL ADULTO

Nombre del Padre o Guardián (Esta persona será la que recibe todas las llamadas telefónicas con respecto a los campamentos de verano)

Nombre _____ Apellido _____ Relación al Solicitante _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Porfavor marque el mejor numero para comunicarse con usted:

Número de Casa Número de Trabajo Número de Celular

Correo Electrónico _____ Lenguaje Preferido: Inglés Español

¿Vive el participante con usted? Si No

Nombre del Padre o Guardián (Esta persona va a ser nuestro contacto de emergencia)

Nombre _____ Apellido _____ Relación al Solicitante _____

Número de Casa Número de Trabajo Número de Celular

Correo Electrónico _____ Lenguaje Preferido: Inglés Español



REGLAS Y REGULACIONES DE BECA

1. Entiendo que las becas se otorgan en base a la necesidad financiera, así como la disponibilidad del campamento. Yo certifico que toda la información es verdadera y correcta y que todos los ingresos son declarados. Entiendo que esta información se proporcionará a la Liga de actividades de policía de Santa Barbara para el programa Alianza de Campamentos, y sus funcionarios pueden verificar la información en esta solicitud. Cualquier información falsa puede ser sujeto a la descalificación del programa Alianza de Campamentos, así como el pago total de la beca de campamento de verano recibida.

Por favor firme que usted entiende la afirmación anterior: _____

2. Entiendo que si mi hijo recibe una beca completa, estoy haciendo un compromiso para llegar a tiempo a todas las sesiones. Como padre o tutor, voy a proporcionar el transporte o hacer arreglos para que mi hijo asista a el campamento, con la excepción de un certificado médico firmado. Cualquier otra razón deben ser sometidos por adelantado o antes de la fecha en que su hijo no podrá asistir (o el día de) sino puede ser descalificado del actual campamento, así como de el programa Alianza de Campamentos 2020.

Por favor firme que usted entiende la afirmación anterior: _____

3. Certifico que no soy un beneficiario del Programa de FUN IN THE SUN. Entiendo que la falta de notificación de cualquier cambio de estatus en dicho programa al Liga de actividades de policía de Santa Barbara, voy a ser descalificado del actual campamento, así como de el programa Alianza de Campamentos 2020.

Por favor firme que usted entiende la afirmación anterior: _____

4. Yo entiendo que el dinero pagado es una cuota de inscripción no es una cuota del campamento de verano. Si me inscribo en un campamento y luego lo dejo, la cuota no será reembolsada.

Por favor firme que usted entiende la afirmación anterior: _____

5. Soy consciente de que las formas adicionales son necesarios para el campamento de verano y debe ser devuelto en el momento de inscripción (con la excepción de los campamentos residenciales) o mi lugar de campamento será perdido.

Por favor firme que usted entiende la afirmación anterior: _____

6. Yo entiendo que soy elegible a un solo cambio de campamento, **esto incluye el día de la inscripción.**

Por favor firme que usted entiende la afirmación anterior: _____

7. Yo Entiendo que el transporte se dará sobre la base de una necesidad y que necesito aplicar por separado. También habrá un cargo adicional de \$25 por beca. Y necesito completar y entregar mi solicitud de transporte una semana antes del comienzo del campamento. No habra reembolsos.

Por favor firme que usted entiende la afirmación anterior: _____

RENUNCIA DE VIDEO Y FOTO

Entiendo que durante el programa de La Liga de Actividades de Policía de Santa Bárbara y/o actividad, mi fotografía y/o la fotografía de mi niño/a quizá será tomada por las actividades liga, productores, patrocinadores, organizador del policía de Santa Bárbara, y/o asignan. Convengo que mi fotografía y/o la fotografía de mi niño, incluyendo la fotografía video, o la otra reproducción de mi semejanza o la semejanza de mi niño, puedo ser utilizado sin carga por las actividades liga, productores, patrocinadores, organizadores del policía de Santa Bárbara y/o los asignados para tales propósitos de mientras que sean apropiados.

Si No Por favor firme que usted entiende la afirmación anterior: _____

USO DE OFICINA SOLAMENTE : CAMP SELECTION

Staff Initials	Camp Name	Agency	Camp Date	Transportation
				<input type="checkbox"/> Yes

SECOND CAMP

Staff Initials	Camp Name	Agency	Camp Date	Transportation
				<input type="checkbox"/> Yes

USO DE OFICINA SOLAMENTE

DATE	INITIALS	STAFF MUST PROVIDE WHETHER A THE PARENT WAS CONTACTED IN PERSON, BY PHONE, OR EMAIL ALONG WITH A BRIEF DESCRIPTION OF THE CONVERSATION.