



2023 Solicitud de Beca de la Alianza de Campamentos

OFFICE USE ONLY			
Income Provided		Registration Appointment Date & Time	
		Date	
<input type="checkbox"/> Approved	<input type="checkbox"/> Denied	Time	
Household Size	Annual Income	Camp Change	
		Date	
Date Received	Verifying Official	Staff Initials	
		<input type="checkbox"/> CA Disqualification	

INFORMACIÓN FINANCIERA

POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS

Es usted padre/madre soltero(a): SI NO Numero de miembros en su familia

Ingreso **MENSUAL** (por favor, incluya todos los ingresos de los que viven en su casa) \$

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

SSD/SSDI SSI CalWORKS/TANF Medi-Cal CalFresh Asistencia General

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad
		/ /	
Sexo	Grado en 2023-2024	Escuela	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			

Habilidad de natación: Sin Experiencia Principiante Intermedio Avanzado Comentarios:

Por favor, marque sólo lo que se aplica

Ninguna Condición Medica

Restricciones de Actividad Por Favor Especifique: _____

Restricciones Alimentarias Por Favor Especifique: _____

ADD/ ADHD (TDAH)

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

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

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

Enfermedades Contagiosas Por Favor Especifique: _____

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

Problemas Cardíacos Diagnóstico: _____ Otras Restricciones: _____

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

Otras condiciones, discapacidades o medicamentos: _____

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

Africano Americano Americano Nativo Asiático Caucásico Hispano/Latino Isleño Pacifico Multiétnico Otro _____

INFORMACIÓN DEL ADULTO

Nombre del Padre o Guardián Legal (Contacto Primario)

Apellido	Nombre	Relación al Participante
Dirección	Ciudad	Código Postal

Por favor marque el mejor numero para comunicarse con usted: Número de Celular Número de Trabajo Correo Electrónico

¿Vive el participante con usted? Si No Lenguaje Preferido: Inglés Español

Contacto de Emergencia (Diferente al contacto primario)

Apellido	Nombre	Relación al Participante
<input type="checkbox"/> Número de Celular	<input type="checkbox"/> Número de Trabajo	Correo Electrónico

¿Vive el contacto de emergencia en su hogar? Si No 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.

Iniciales de Padre o Guardián Legal:

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 guardian, 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), o puede ser sujeto a la descalificación del programa por el resto del 2023, así como de el programa Alianza de Campamentos en 2024.

Iniciales de Padre o Guardián Legal:

3. Certifico que no soy un beneficiario del Programa de UNITED WAY: FUN IN THE SUN. Entiendo que la falta de notificación de cualquier cambio de estatus en dicho programa a la Liga de actividades de policía de Santa Barbara, o puede ser sujeto a la descalificación del programa por el resto del 2023, así como de el programa Alianza de Campamentos en 2024.

Iniciales de Padre o Guardián Legal:

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.

Iniciales de Padre o Guardián Legal:

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.

Iniciales de Padre o Guardián Legal:

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

Iniciales de Padre o Guardián Legal:

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

Iniciales de Padre o Guardián Legal:

USO DE OFICINA SOLAMENTE : CAMP SELECTION

PRIMARY CAMP

Staff Initials	Agency	Camp Name	Dates

SECONDARY CAMP

Staff Initials	Agency	Camp Name	Dates

CAMP CHANGE

Staff Initials	Agency	Camp Name	Dates

NOTES

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.