

BRECKENRIDGE RECREATION DEPARTMENT

Aplicación para Becas



En un esfuerzo de proveer a todos los residentes de Breckenridge acceso a nuestros programas, individuos pueden usar este formulario para solicitar una beca que puede cubrir una parte o la mayoría de la cuota de algún programa o pase de las instalaciones. Todas las aplicaciones presentadas serán revisadas en base a las necesidades expresadas del solicitante.

Regrese la aplicación llenada a las instalaciones del Centro de Recreación.

El comité de becas se reúne el 15 de cada mes. Las becas se otorgan por temporadas para todos los programas juveniles. El comité revisará cada beca y si se aprueba su hijo/a ellos recibirán hasta un 25% de descuento en todos los programas juveniles para cada semestre que usted solicite solamente (otoño, invierno, verano). Solicitudes de becas deben ser completadas por cada semestre nuevo con información actualizada. Solicitudes de becas para programas de recreación deben presentarse 15 días antes de la fecha que los programas se inician. Estos programas se pueden llenar y aprobación de beca no garantiza un lugar en el programa ya que estos se llenan por primero que paga. Una vez concedida una beca usted será contactado por correo electrónico y puede inscribirse a través de la recepción en el Centro de Recreación. Las becas no se pueden llenar en línea.

Por favor, complete en su totalidad todas las respuestas.

Fecha: _____ Semestre: (Otoño, Invierno, Verano) _____

Por favor, especificar si la solicitud es para programas juveniles o membresía para el Centro de Rec:

Petición de Beca Total: _____%

APPLICANT INFORMATION

Apellido	Nombre	Inicial
Dirección	Unidad #	
Ciudad	Estado	Código Postal
# tele	Correo electrónico	
Nombre del Padre/Guardián (si menos de 18):		
Fecha Nacimiento	Sexo (Marque uno)	Masculino Femenino
Por favor, proporcione una breve explicación de su necesidad de una beca: (use parte posterior de este formulario si es necesario)		

Por favor, incluya copias de cualquier documentación que puede demostrar su necesidad de ayuda financiera con esta aplicación. Los documentos serán guardados confidencialmente en el archivo por 12 meses. Marque los documentos siguientes que usted proporciona:

<input type="checkbox"/> Medicaid – Bajo Ingreso	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Programa de Cuidado Indigente Colorado	<input type="checkbox"/> WIC
<input type="checkbox"/> Carta de Aprobación para Almuerzo Escolar Gratis o Reducido	<input type="checkbox"/> CCAP – Programa de Ayuda Condado Summit	<input type="checkbox"/> Otro: Especifique

Firma del Solicitante o Padre/Guardián (si menos de 18): _____ Fecha: _____

OFFICE USE ONLY BELOW THIS LINE

Date Application was Received: _____ Date Applicant was Notified of Approval/Denial: _____

Supervisor/Director (if more than 25% scholarship requested): Approved Denied