



Ciudad de Oakland Park

Pautas de Becas del Departamento de Parques & Servicios Recreativos



¿Quién es Elegible?

Residentes de la Ciudad de Oakland Park que actualmente reciben asistencia pública (por ejemplo: cupones de comida, Medicaid, etc.); almuerzo gratuitos o a precio reducido no se consideran asistencia pública. Un residente se define como una persona que reside adentro de los límites de la ciudad de Oakland Park. Se requiere prueba de residencia.

Esta beca está diseñada para programas atletas y de cuidado infantil solamente y no aplica a otros programas en el Departamento de Parques y Servicios Recreativos de la Ciudad de Oakland Park. Aplicaciones para esta beca se aceptarán para cualquier programa deportivo patrocinado por la Ciudad o por un proveedor de deportes juveniles asociados con la Ciudad como, pero no limitados a, la Northeast Little League.

¿Cómo Aplico?

Formularios están disponibles en la oficina del Departamento de Parques y Servicios Recreativos de la Ciudad de Oakland Park en 3650 NE 12 Avenue, Oakland Park, Florida 33334 y en www.oaklandparkfl.gov.

Aplicaciones deben ser completadas y notariadas. También se debe adjuntar a la aplicación los siguientes documentos:

- Prueba de residencia – Identificación o cedula del Estado de Florida con foto y dirección, una copia de una factura de servicios públicos fon nombre y dirección que no es más de 2 meses de edad, matriculación de su vehículo, seguro médico con dirección indicada, etc.
- Copia del certificado de nacimiento del niño/a participante,
- Carta explicando las circunstancias por las que aplica por la beca,
- Documentación válida demostrando recepción actual asistencia pública,
- Declaración de Impuestos del año anterior.

La aplicación notariada será únicamente utilizada para determinar su elegibilidad. Usted recibirá una carta confirmando su elegibilidad. Si la aplicación es aprobada un crédito máximo de \$50.00 por persona al programa atlético especificado y aplicaremos una reducción de 50% al programa de cuidado infantil, según Ordenanza O-2007-036, por un período de un año.

Para obtener más información, por favor llame al 954.630.4500.



Aplicación para la Beca



Programa: _____ Año del Program: _____

Información del Participante:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Aplicación a la Beca:

Nombre de Padres//Tutelares: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono Diario: _____ Otro Teléfono: _____

Información Salarial:

Salario Anual del Hogar: \$ _____

Cuántas personas viven en su hogar: _____

Alquiler o hipoteca de su casa: \$ _____

Otro Salario: Social Security o _____

Manutención de hijos o pensión _____

Pagos de manutención familiar: _____

Gastos médicos mensuales: _____

Por favor responda lo siguiente:

¿Hay una mujer embarazada en el hogar? Si No

¿Hay un veterano militar en el hogar? Si No

¿Hay alguien trabajando desde casa? Si No

¿Usted recibe asistencia pública del Estado? Si No

¿Son **TODOS** los miembros de la familia ciudadanos de Estados Unidos? Si No

¿Hay alguien con alguna discapacidad? Si No

¿Hay alguien recibiendo Medicare? Si No

¿Paga por aire acondicionado aparte de la renta? Si No

¿Se acordó de traer los siguientes documentos?

- Prueba de residencia
- Cedula con foto
- Copia del certificado de nacimiento del niño/a
- Carta de solicitud de asistencia
- Documentación demostrando asistencia pública
- Formulario de impuesto salarial del año anterior

_____ La aplicación **SI** fue aprobada.

_____ La aplicación **NO** fue aprobada.

Fecha: _____

Declaro que la información en esta aplicación y todos los documentos anexados están correctos:

Firma del aplicante: _____ Fecha: _____

Sworn to and subscribed before me this _____ day of _____, 20 _____

By _____ Notary Public, State of Florida. My commission expires: _____

Produced Identification: _____ Type: _____