



PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES

El Departamento de Servicios Comunitarios de la Ciudad de Healdsburg quiere que cada residente tenga la oportunidad de participar en programas de recreación. El Programa de Asistencia de Actividades garantiza que los residentes elegibles de Healdsburg tengan esta oportunidad.

COMO APLICAR

La Asistencia de Actividades está disponible para los residentes de la Ciudad de Healdsburg y las familias que trabajan/viven en Healdsburg a través del Impuesto de Ocupación Transitoria (TOT).

Complete la Forma de Asistencia de Actividades adjunta. El formulario debe completarse en su totalidad y debe incluir los siguientes elementos:

- ☐ **Copia de Licencia de Conducir o Tarjeta de Identificación Valida (ej. Matricula, Pasaporte)**
- ☐ **Prueba de residencia en Healdsburg, Geyserville, Cloverdale, o empleo basado en Healdsburg**
- ☐ **Declaración de impuestos del año anterior para cada miembro del hogar o declaración de impuesto conjunto (preferido) o declaraciones de beneficios más recientes.**

El Personal de Servicios Comunitarios, a su entera discreción, puede aceptar otras formas de verificación de ingresos. Todas las solicitudes y archivos adjuntos son confidenciales y se presentan ante el Departamento de Servicios Comunitarios con el propósito exclusivo de determinar la elegibilidad para la Asistencia de Actividades.

La Asistencia para Actividades se otorga con un descuento de porcentaje basado en los ingresos del hogar para un programa / clase. La finalización y presentación de la solicitud no garantiza la aprobación. Las solicitudes incompletas no serán consideradas.

La asistencia debe ser aprobada previamente, y la presentación de la solicitud junto con los documentos de apoyo se requieren dos semanas antes de la reunión de primera clase. Espere 3 días hábiles para que el personal revise la solicitud y se comuniquen con usted con una determinación. Además del porcentaje de asistencia se agrega un descuento del 20% para hermanxs al registrar a varios niñxs en el mismo hogar. Las solicitudes aprobadas son válidas por 1 año a partir del momento de la aprobación. Solo se necesita una solicitud por hogar.

Los ingresos familiares no deben exceder los límites de ingresos. (Ver pg. 3)

CONFIDENCIALIDAD

La información proporcionada en la Forma de Asistencia de Actividades no se entregará a nadie que no forme parte del Personal del Departamento de Servicios Comunitarios. La información solo se utilizará para determinar la elegibilidad para recibir asistencia.

NO DISCRIMINACIÓN

Las personas que reciben asistencia para actividades serán tratadas de la misma manera que aquellos que pagan la tarifa completa de un programa. Las personas no serán discriminadas por motivos de raza, sexo, color, origen nacional, edad o discapacidad.

PROGRAMAS ELEGIBLES PARA RECIBIR ASISTENCIA

Solo los programas ofrecidos directamente por el Departamento de Servicios Comunitarios son elegibles para asistencia de actividades; Los programas ofrecidos por instructores contratados y otras agencias que trabajan a través del departamento no son elegibles.

Programas elegibles: Clases de Natación, Campamentos de Verano y Campamentos de Descanso Escolar, Programa Preescolar Interno, Fútbol, Tee Ball, etc.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar la forma hable con el Personal de Servicios Comunitarios (707) 431-3301.



Cuidad de Healdsburg
Departamento de Servicios Comunitarios
 1557 Healdsburg Ave., Healdsburg CA 95448
 Phone: (707) 431-3301/ Fax: (707) 431-2852
 www.cityofhealdsburg.org

SOLICITUD DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES

Nombre del Solicitante: _____ **Relación con Participante(s):** _____

Domicilio: _____

Correo Electrónico: _____ **Teléfono de Casa:** _____

Teléfono Celular: _____ **Teléfono de Trabajo:** _____

Contacto de Emergencia: _____ **Número de Teléfono:** _____

Por favor, liste <u>a todos los</u> miembros del hogar por nombre	¿Es esta persona un adulto (18+ años)? Por favor, marque Sí o No	Ingresos anuales (solo 18+)
1.	Si No	\$
2.	Si No	\$
3.	Si No	\$
4.	Si No	\$
5.	Si No	\$
6.	Si No	\$
7.	Si No	\$
8.	Si No	\$
<i>Use la parte posterior de la página 3 si es necesario para miembros adicionales del hogar</i>	Ingreso Total Anual del Hogar*:	\$

POR FAVOR, LEA Y COMPLETE ESTA SECCIÓN

Los esfuerzos de verificación pueden llevarse a cabo a través de revisiones del programa, auditorías e investigaciones. Esto puede incluir ponerse en contacto con los empleadores para determinar los ingresos o beneficios y verificar la documentación producida por los miembros del hogar para probar la cantidad de ingresos recibidos. La presentación y verificación de información incorrecta puede resultar en la pérdida o reducción de la (s) adjudicación (s) de asistencia de tarifas, reclamos administrativos o acciones legales.

Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta y que todos los ingresos del hogar han sido informados. Entiendo que esta información se proporciona con el único propósito de determinar la elegibilidad para la Asistencia de Actividades para los programas del Departamento de Servicios Comunitarios de la Ciudad de Healdsburg y que esos funcionarios pueden verificar la información en la solicitud. La malinterpretación deliberada de la información en esta solicitud puede someterme a enjuiciamiento bajo las leyes estatales y federales aplicables.

Firma _____ **Fecha:** _____

For Community Services Department Use Only		
Date Received:	Req. Docs Included: Y N	Verification of Residency: Y N
Eligibility Determination: Y N	Approved by:	Date:
Notified by:	Date:	



SOLICITUD DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES

Para ser eligible para la asistencia el ingreso total bruto del hogar debe ser menor o igual a la tabla siguiente.

Porcentaje de descuento en el programa basado en Ingresos del hogar	Ingresos Brutos Del Hogar Incluya los ingresos anuales (antes de deducir impuestos o cualquier otra cantidad) para todos los adultos que viven en el hogar. No incluya los <u>ingresos del trabajo</u> de los hijos menores de 17 años o menos.
80%	\$58,000 o menos
60%	\$58,000 - \$93,000
40%	\$93,000 - \$103,000
20%	\$103,300 - \$124,000
Precio Completo	\$124,000 o mas

Nombre de Participante(s)	Fecha de Nacimiento	Edad	¿Para cual Programa(s) o clase(s) está solicitando asistencia?	Costo
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$

FORMA DE RENUNCIA DE PARTICIPANTE

La Ciudad de Healdsburg y el Personal del Departamento de Servicios Comunitarios reserva el derecho de fotografiar las instalaciones, actividades y participantes de programas para el uso potencial futuro. Todas las fotos serán propiedad de la Ciudad de Healdsburg. En consideración de la aceptación de mi aplicación para la entrada en el acontecimiento escrito arriba, yo, el participante abajó firmante (si soy mayor 18 años), o el padre o el guardián del participante nombrado en el Programa(s) Comunitario de la Ciudad de Healdsburg, por el presente concuerdo que el participante nombrado sea permitido tomar parte en la actividad(es), clase(s), o evento(s) descrito en este formulario de inscripción y en el folleto del programa. He sido informado de los riesgos implicados en tal participación, incluyendo, pero no limitado a, y/o herida temporal o permanente a la propiedad, persona, y/o muerte a causa o por motivo de tal participación. En mi nombre y del participante nombrado arriba, yo renuncio a cualquier y todo reclamo por los daños de cualquier tipo en contra de la Ciudad de Healdsburg, sus funcionarios, empleados, instructores contratados y programas copatrocinados con organizaciones de la comunidad, que surjan como consecuencia de la participación en cualquiera de la(s) actividad(es), clase(s), o evento(s) mencionado(s) arriba. Entiendo aún más que los accidentes y las heridas pueden surgir fuera del evento, conociendo los riesgos, no obstante, yo por la presente concuerdo en asumir esos riesgos y liberar y eximir de responsabilidad a todas las personas o agencias mencionadas anteriormente de que (por la negligencia o el descuido) podrían ser responsables ante mí (o mis herederos o asigne) por daños. Queda entendido y acordado que esta renuncia, exención y asunción de riesgos es vinculante para mis herederos o sucesores. Además, autorizo a los médicos calificados para rendir el tratamiento o el cuidado médico si ellos creen necesario para el participante a causa de la enfermedad o accidente que ocurre durante cualquiera de la actividad encima descrito, la clase(s), o el evento(s).

Firma _____ **Fecha** _____