



Administration Use Only	
Date Received: _____	Initials: _____
Account Verified: ☐	Initials: _____
*City Home Address Confirmed	

SOLICITUD DE BECAS PARA JÓVENES

FOPAR ofrece becas parciales para jóvenes que residen dentro de la ciudad de Santa Cruz y cuyos hogares cumplen con los requisitos de ingreso de menos de \$102,032 de ingreso anual (el ingreso medio promedio para el condado de Santa Cruz). Se dará prioridad a los solicitantes que puedan mostrar prueba de inscripción actual en MediCal. Los tutores interesados deben completar esta solicitud en su totalidad, adjuntar un documento de verificación de domicilio y enviarlo por correo electrónico a parksandrec@santacruzca.gov o enviarlo a: 323 Church Street, Santa Cruz, CA 95060.

Asegúrese de incluir:

Solicitud completa
Documento de verificación de domicilio
Copia de la tarjeta de beneficios de MediCal (si corresponde)

Este formulario debe ser completado completamente o no será aceptado. Para ser elegible para recibir fondos, los solicitantes de becas deben tener una cuenta WebTrac existente. Se requiere el estatus de residente de ciudad verificado. Los solicitantes seleccionados serán contactados por correo electrónico y se aplicará un crédito a la cuenta del miembro de la familia por la cantidad otorgada. Usted será responsable de inscribir a su hijo en el programa en línea, en persona o por teléfono. La inscripción se realiza por orden de llegada.

Seleccionar tipo de beca: *General* *JR Scott Memorial (solo guardia pequeña/junior)* *JG Booster (solo para residentes que no son de la ciudad)*

Nombre del Padre/Madre _____ Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Correo Electrónico (requerido) _____

Tamaño del Hogar _____ Número de niños dependientes _____ Teléfono (casa) _____ (trabajo) _____

Ingresos Anuales del Hogar \$ _____

Etnia (marque todas las que correspondan): Asiático/Isleño del Pacífico Negro/Afroamericano
Blanco (No de Origen Hispano) Hispano/Latinx Nativo/Indígena Americano Multiétnico No Especificado

Si no cumple con los requisitos de ingresos anuales, aún puede calificar para una beca debido a dificultades financieras imprevistas. Prescriba cualquier circunstancia atenuante que su familia haya experimentado este año:

Por favor liste a todos los participantes solicitando becas

ESTA TABLA DEBE COMPLETARSE COMPLETAMENTE

Course #	Participant Name	M/F	Birth Date	Course Title	Fee



Por favor proporcione cualquier información adicional a continuación. Si solicita una beca JR Scott Memorial Scholarship o una beca parcial de Santa Cruz Booster Club para no residentes, utilice el espacio a continuación para el ensayo breve requerido del niño sobre por qué quiere ser Little Guard o Junior Guard.

Al firmar a continuación, reconozco que la información que proporcioné es precisa, verdadera y correcta, y que el ingreso de mi hogar ES MENOS DE \$102,032/año, que es el ingreso promedio anual para el Condado de Santa Cruz.

Firma _____ Fecha _____

Approved By (Initials) _____

SOLO PARA USO DE OFICINA

Participant Name: _____ Amount Awarded \$ _____ Scholarship Type _____

Participant Name: _____ Amount Awarded \$ _____ Scholarship Type _____

Participant Name: _____ Amount Awarded \$ _____ Scholarship Type _____

Participant Name: _____ Amount Awarded \$ _____ Scholarship Type _____