Favor de esperar hasta una semana para el procesamiento.

Solicitud Anual para Asistencia Financiera

Programas Recreativos

1. **Toda la información debe de ser proveída (electrónicamente o a mano).**
2. **Solicitudes incompletas pueden resultar en que su solicitud no sea aceptada.**
3. **Favor de revisar y entender las Normas de la Asistencia Financiera y Procedimientos adjuntados.**

SOLICITANTE – Proveedor

Nombre_____ Fecha: _____

Dirección:_____ Código Postal:_____

Teléfono de Casa:_____ Teléfono de Trabajo:_____ Email:_____

SOLICITANTES: Favor de proveer toda la información pedida para cada miembro de casa de quien tiene tutela El/la Proveedor/a Principal de la Casa, aun que no se vayan a matricular para una clase en este tiempo. Si necesita mas espacio, favor de adjuntar una hoja de papel adicional.

Nombre	Relación Al Proveedor (por ejemplo, esposa, hijo, padre, etc.)	Fecha de Nacimiento	Edad	Genero
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Verification

Número de Niños viviendo en casa:_____ Número de Adultos viviendo en casa:_____

Documentación proveída: (Favor de circular)

Un Talón de AFDC Un Talón de TANF Una Carta del Almuerzo de la Escuela Food Share Foster Care

Medicaid SSI Otro:_____

Yo certifico que toda la información proveída en esta solicitud y documentación es cierta y correcta.

X_____ _____

Firma del Solicitante Fecha

Favor de regresar la solicitud completa al: WPRF, Attn: Financial Assistance, 1900 Aviation Dr., Waukesha, WI 53188

FOR OFFICE USE ONLY

DATE REVIEWED:_____ **APPROVED** **DENIED**

50% **75%**

REASON_____

SUPERVISOR SIGNATURE :_____

NOTIFICATION LETTER SENT:_____

Please allow up to one week for processing.

Annual Financial Assistance Application

Recreation Programs

1. **All information must be completed (typed or printed).**
2. **Incomplete applications may result in an unaccepted application.**
3. **Be sure to review and understand the Financial Assistance Policies and Procedures provided.**

APPLICANT – Head of Household

Name _____ Date: _____

Address: _____ Zip Code: _____

Home Phone: _____ Work Phone: _____ Email: _____

Applicants: Please fill in the information below for each household member that the Head of Household has guardianship, even if they will not be registering for a class at this time. If you need more space, please attach an additional sheet of paper.

Name	Relationship to Head of Household (i.e. spouse, child, parent, etc.)	Birth date	Age	Gender
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

VERIFICATION

Number of Children living at home: _____ Number of Adults in household: _____

Documentation provided: (Please circle) AFDC Stub TANF Stub School Lunch Letter Food Share

Foster Care Medicaid SSI Other: _____

I certify that all of the information provided on this form and documentation are true and correct.

X _____ _____

Applicant Signature Date

Please return your completed application to: WPRF, Attn: Financial Assistance, 1900 Aviation Dr., Waukesha, WI 53188

FOR OFFICE USE ONLY

DATE REVIEWED: _____ **APPROVED** **DENIED**

50% **75%**

REASON _____

SUPERVISOR SIGNATURE : _____

NOTIFICATION LETTER SENT: _____