

Pinecrest – Centro de Conferencias Cristiana

Nombre del Campista: _____

Nombre de la Escuela que asiste y el Distrito de la Escuela del Estudiante: _____

La siguiente información se utiliza para mantener el costo del campamento bajo, permitiendo a otros que no podían darse el lujo de venir al campamento, la oportunidad a participar en la experiencia del campamento. Pinecrest – Centro de Conferencias Cristiana participa en la Ley Nacional de Almuerzos Escolares (National School Lunch Act).

Marque aquí (✓) si el campista recibe almuerzo reducido o libre en la escuela.

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social: _____ o marque aquí (✓) si no tiene SSN

| NOMBRES DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (INCLUYE NIÑOS QUE PARTICIPARÁN, PADRES, HERMANOS, Y CUALQUIER OTRA PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR) | MARQUE (✓) AQUI POR LOS NIÑOS QUE PARTICIPARÁN | MARQUE (✓) AQUI POR LOS NIÑOS DE SISTEMA FOSTER | INGRESOS MENSUAL DE TRABAJO ANTES DE DEDUCCIONES. (INCLUYE TODOS LOS TRABAJOS) | PAGOS DE PENSIONES, PAGOS DE JUBILACIÓN, SEGURO SOCIAL, PAGOS DE MANUTENCIÓN DE HIJOS, PAGOS DE ALIMONIO | WELFARE,,SNAP, CalWorks, Kin-Gap, WIA, FDPIR u otra forma de asistencia del estado (Número de caso de cualquier programa que corresponda): |
|---|--|---|--|--|--|
| 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. | 1. | 1. |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. | 2. | 2. |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. | 3. | 3. |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. | 4. | 4. |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. | 5. | 5. |
| 6. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. | 6. | 6. |
| 7. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. | 7. | 7. |
| 8. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. | 8. | 8. |
| 9. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. | 9. | 9. |
| 10. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. | 10. | 10. |

Esta sección es opcional. La información solicitada es sólo para fines estadísticos.

| | | | |
|---|----------------|--------------------------------|---|
| 1. Marque (✓) Identidad racial: Nativo de Alaska o Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> | | | |
| 2. ¿El participante es de origen Hispano o Latino? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | |
| De acuerdo con la ley Federal y el Departamento de Agricultura de Los Estados Unidos, esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Oficina de Derechos Civiles, Salón 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). USDA y Pinecrest - Centro de Conferencias Cristiana son proveedores de igualdad de oportunidades | | | |
| SÓLO PARA USO DE OFICINA | | | |
| MONTHLY INCOME CONVERSION WEEKLY _____ x 4.33 EVERY 2 WEEKS (BI-WEEKLY) _____ x 2.15 TWICE A MONTH (SEMI-MONTHLY) _____ x 2 | HOUSEHOLD SIZE | TOTAL HOUSEHOLD MONTHLY INCOME | NOT ELIGIBLE <input type="checkbox"/> CATEGORICALLY ELIGIBLE <input type="checkbox"/> FOSTER CHILD <input type="checkbox"/> INCOME ELIGIBLE <input type="checkbox"/> |
| SIGNATURE OF DESIGNATED OFFICIAL: _____ | | | |

Yo entiendo que parte de esta información se le está dando para la recepción posible de fondos federales y la institución y / o funcionarios del campamento pueden verificar la información de esta declaración. Entiendo que cualquier información falsa puede resultar en la pérdida o reducción de beneficios o la participación en programas de asistencia a Pinecrest y sus campistas. Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta, y entiendo esta declaración de información, y firmo voluntariamente.

Nombre Imprimido: _____ Relación Hacé al Campista: _____

(Un miembro del hogar adulto debe de firmar la solicitud.)

Firma: _____ Fecha: _____

(Usted puede firmar su propio formulario de lanzamiento si tiene la edad mínima de 18 años.)