



Cuidad de Antioch Departamento de Recreacion PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA TARIFAS Y BECAS DE JUVENTUD

Estimado Solicitante:

Le gustaria inscribirse en un programa de recreacion pero no puede hacerlo debido a su presupuesto familiar? Es posible que haya asistencia financiera disponible a traves de nuestras becas. Los fondos provienen de donaciones y de la Ciudad de Antioch.

Para ser elegible, debe ser residente de Antioch y cumplir con los requisitos de ingresos del hogar. Se ofrece una beca máxima de \$375.00 por niño elegible para este período de solicitud de 18 meses (julio de 2024 a diciembre de 2025), siempre que haya fondos disponibles.

Documentos Requeridos:

- Aplicacion completa (2 paginas)
- Prueba de que el/los niño(s) son dependientes del solicitante proporcionando copias de uno de los siguientes documentos: declaración de impuestos con el/los niño(s) listados como dependientes, certificado de nacimiento, documentos judiciales, o documentos oficiales de colocación.
- Copias de uno de los siguientes: Dos talones de pago actuales, otra prueba de ingresos(discapacidad, desempleo, jubilacion, manutencion infantile, seguro social,etc.) O prueba actual de asistencia/apoyo recibido por el hogar (CalFresh, CalWorks, Vivienda)
- Prueba de residencia en Antioch con una factura actual de PG&E, servicio de agua o basura con el nombre del solicitante.

***Se pueden presentar otros documentos si no presenta los documentos anteriores. Por favor llame para mas informacion.*

Proceso:

1. Julio del 2024: Comenzar a aceptar aplicaciones; Los fondos se daran a las solicitudes completas por orden de llegada. Espere entre 10 y 14 dias para revisar su aplicacion.
2. Los fondos de becas se daran una vez por applicaion (de July 2024- December 2025). Una vez gastado, cualquier tarifa de registro adicional se paga de su bolso. Los fondos no son transferibles.
3. 19 de Diciembre del 2025: Es la ultima fecha para uso de fondos.

Por favor tenga en cuenta: Todos los fondos de becas se deben usar a mas tardar a las 5:00pm del 19 de Diciembre del 2025

- Si los fondos de la beca no se usan, su hogar NO sera eligible para solicitar fondos de beca el ano siguiente.
- Puede solicitar una cantidad de \$75, \$150, \$250 o \$375. Por favor especifique en su solicitud cuanto le gustaria recibir. (pagina 2 de la applicacion, #8). Esto permite que haya fondos disponibles para que más jóvenes tengan acceso a nuestros programas.

CUIDAD DE ANTIOCH DEPARTAMENTO DE RECREACION

Programa de asistencia

De acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, si se necesitan adaptaciones especiales en cualquier etapa del proceso de solicitud, por favor informe al personal.

INFORMACION CONFIDENCIAL

1.	Apellido del Joven	Nombre del Joven	Género	Edad	Fecha de nacimiento

2. Nombre del Colicitante Adulto: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Relacion del Solicitante: (Marque una) Padre Madre Tutor Otro _____

Telefono: _____ **Ciudad:** _____ **Codigo Postal** _____

Telefono 1: (____) _____ **Telefono 2:** (____) _____ **Correo Electronico:** _____

3. Contacto de Emergencias : _____ **Telefono:** (____) _____

4. Ingreso Anual de Hogar: \$ _____ **# Total de Personas en el Hogar:** _____

5. Ingresos Verificados Por: Declaracion de impuestos Talon de pago Manutencion de los hijos
 Seguro Social (SSI) State Disability/Unemployment (SDI/EDD) Other: _____

6. El Hogar Recibe Actualmente(Marque todo lo que corresponda): Nada de asistencia
 CalWORKs/TANF Asistencia de Almuerzo Escolar Asistencia General Medi-Cal
 CalFresh/SNAP Asistencia de Hogar Otro: _____

7. Adjunte prueba de asistencia, declaraciones de impuestos del año anterior, talones de pago/pagos por discapacidad/desempleo actuales y pruedba de manutencion infantil. Consulte la carta de presentacion para obtener detalles sobre los documnetos requeridos.



Yo certifico que el ingreso anual del hogar indicado anteriormente representa todos los medios de sustento provientes de ingresos laborales, asistencia de gobierno, etc. Y que la informacion que proporcione es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Reconozco y entiendo que se utilizara la informacion para mi elegibilidad para este programa. Reconozco que una declaracion hecha de manera fraudulenta o negilgente en esta o en cualquier orta declaracion hecha por mi puede constituir en una violacion federal y puede resultar en la denegacion de mi participacion en este programa.

Firma: _____ **Nombre:** _____

Fecha: _____ **Domicilio** _____

-Por favor continua en la pagina 2-

Resident de Antioch

Office Use Only: Application completed? Yes No Within HUD limits? Yes No Awarded \$ _____ Staff Initials _____

8. Cuanto le gustaria recibir? Los fondos se otorgan una vez este periodo de solicitud (Julio de 2024 a Diciembre de 2025) y no son tranferibles. La asignacion maxima para este periodo de solicitud es de \$375.00.

- \$75.00 \$150.00
 \$250.00 \$375.00

9. ¿Cómo se enteró del programa de becas/asistencia de tarifas para jóvenes?

- Guía de Recreación de la Ciudad de Antioch Poster Otro _____

10. ¿Se identifica como hispano o latino? (Marque una) Si No

(Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano, centroamericano u otra cultura u origen español, independientemente de la raza. El término "origen español" puede utilizarse además de "hispano o latino.")

La siguiente informacion solo se utiliza para informes estadisticos y es completamente confidencial. Los solicitantes seran considerados sin distincion de raza, color, religion, sexo, origen nacionla, estado familiar, discapacidad, edad, estado civil, orientacion sexual, ascendecia y fuente de ingresos

11. Por favor indentifique su categoria racial. Lea todo y marque solo una.

Solo marque uno:	Raza
<input type="checkbox"/>	Blanco/Cáucaso
<input type="checkbox"/>	Negro/Afroamericana
<input type="checkbox"/>	Indio Americana/Nativo de Alaska
<input type="checkbox"/>	Asiático
<input type="checkbox"/>	Nativo Hawaiano/ Otra Isleno del Pacifico
<input type="checkbox"/>	Negro/ Afroamericano y Blanco
<input type="checkbox"/>	India Americana/ Nativo de Alaska y Blanco
<input type="checkbox"/>	Asiatico y Blanco
<input type="checkbox"/>	Indio Americano/Nativo de Alaska y Negra/ Afroamericano
<input type="checkbox"/>	Otro multiracial

STAFF USE ONLY – Scholarship Income Limits for 2024/25

# in Household <i>from front page</i>	Household Income Limits <i>On the SAME LINE as “# in Household”</i> <i>check the income range that includes the household’s annual income from the front page</i>	
Check one:	0 - 80% AMI	INCOME LIMITS TABLE UPDATED EACH YEAR AMI = Area Median Income. Income limits effective April 2024 for Contra Costa County, CA. Source: U.S. Department of Housing & Urban Development (HUD). Median Family Income: \$155,700
<input type="checkbox"/> 2	\$0 - \$96,650	
<input type="checkbox"/> 3	\$0 - \$108,750	
<input type="checkbox"/> 4	\$0 - \$120,800	
<input type="checkbox"/> 5	\$0 - \$130,500	
<input type="checkbox"/> 6	\$0 - \$140,150	
<input type="checkbox"/> 7	\$0 - \$149,800	
<input type="checkbox"/> 8+	\$0 - \$159,500	