



FONDO DE POSIBILIDADES DE LAKEWOOD

Solicitud de Para Asistencia Financiera

El Departamento de Recursos de la Comunidad de la Ciudad de Lakewood ha establecido un programa de apoyo para residentes que muestren una necesidad financiera. Se dispone de **fondos de ayuda para cubrir entre el 25% y el 75% del total del costo de los programas**. El procesamiento de la solicitud puede llevar hasta cinco días. Le notificaremos del resultado por teléfono y/o correo electrónico. Si la solicitud fue aceptada, usted deberá inscribirse y pagar el costo reducido para completar el proceso.

IMPORTANTE: SE NECESITA PROVEER PRUEBA DE RESIDENCIA EN LAKEWOOD Y DE INGRESOS PARA SER ELEGIBLE PARA ESTA AYUDA FINANCIERA.

NOMBRE (persona a cargo de la familia): _____ **TELEFONO:** _____

DIRECCION: _____ **# DE APT.:** _____

CIUDAD: _____ **CODIGO POSTAL:** _____ **EMAIL:** _____

Por favor, enumere los miembros de su familia que usarán los fondos de ayuda (si se los aprueba):

Nombre	Escuela (si corresponde)	Edad	Fecha de nacimiento	Sexo

Por favor, enumere otros miembros de la familia en una hoja por separado y adjúntela a esta solicitud.

¿Permitiría que el personal de Lakewood se comunique con usted sobre posibles programas o actividades?

No Sí, por favor contáctenme - Método preferido: Teléfono Email

¿Podemos contactarlo con respecto a su experiencia? Sí No

¿Es usted una mujer a cargo de su familia? Si No

¿Tiene usted o algún miembro de su hogar alguna discapacidad? Si No

¿Tiene usted o alguien en su familia 62 años o más? Si No

Para reportes federales, indique su origen étnico: Hispano o Latino No Hispano o Latino

Para reportes federales, indique su raza: Blanco Negro/Africano Americano Asiático Asiático Y Blanco

Negro/Africano Americano Y Blanco Indio Americano/Nativo de Alaska

Nativo de Hawaii U otra isla del Pacífico Indio Americano/Nativo de Alaska Y Blanco

Indio Americano/Nativo de Alaska Y Negro/Africano Americano Other - multicultural

FECHA DE HOY: _____



Lakewood
Community Resources

Por favor, complete el reverso de este formulario

Por favor marque sus ingresos anuales basado en la cantidad de personas en su familia*. El monto de sus ingresos familiares ayudará a determinar el porcentaje de ayuda financiera para que el que usted califica.

Familia de 1:	<input type="checkbox"/> \$0-\$17,650	<input type="checkbox"/> \$17,651-\$29,400	<input type="checkbox"/> \$29,401-\$47,000	<input type="checkbox"/> \$47,001+
Familia de 2:	<input type="checkbox"/> \$0-\$20,150	<input type="checkbox"/> \$20,151-\$33,600	<input type="checkbox"/> \$33,601-\$53,700	<input type="checkbox"/> \$53,701+
Familia de 3:	<input type="checkbox"/> \$0-\$22,650	<input type="checkbox"/> \$22,651-\$37,800	<input type="checkbox"/> \$37,801-\$60,400	<input type="checkbox"/> \$60,401+
Familia de 4:	<input type="checkbox"/> \$0-\$25,150	<input type="checkbox"/> \$25,151-\$41,950	<input type="checkbox"/> \$41,951-\$67,100	<input type="checkbox"/> \$67,101+
Familia de 5:	<input type="checkbox"/> \$0-\$28,780	<input type="checkbox"/> \$28,781-\$45,350	<input type="checkbox"/> \$45,351-\$72,500	<input type="checkbox"/> \$72,501+
Familia de 6:	<input type="checkbox"/> \$0-\$32,960	<input type="checkbox"/> \$32,961-\$48,700	<input type="checkbox"/> \$48,701-\$77,850	<input type="checkbox"/> \$77,851+
Familia de 7:	<input type="checkbox"/> \$0-\$37,140	<input type="checkbox"/> \$37,141-\$52,050	<input type="checkbox"/> \$52,051-\$83,250	<input type="checkbox"/> \$83,250+
Familia de 8:	<input type="checkbox"/> \$0-\$41,320	<input type="checkbox"/> \$41,321-\$55,400	<input type="checkbox"/> \$55,401-\$88,600	<input type="checkbox"/> \$88,601+

**Por ejemplo, si su familia incluye 5 persona, use la línea "Familia de 5".*

¿EXISTE ALGUNA CIRCUNSTANCIA ESPECIAL QUE USTED CONSIDERA QUE DEBEMOS TENER EN CUENTA?

Aviso importante: Si se aprueba la solicitud, cada miembro del hogar recibirá fondos hasta el 31 de diciembre del año en curso. En esa fecha deberá completarse una nueva solicitud. Cuando se aprueben, los fondos se acreditarán a la cuenta de su familia. Por favor llame o visite uno de los centros recreativos enumerados más abajo en este formulario para completar el proceso de inscripción. Si usted ha usado todos sus fondos y tiene necesidades adicionales, por favor visite uno de los centros para determinar la disponibilidad de fondos. Se aplican restricciones.

SI USTED NO PUEDE PROVEER PRUEBA DE RESIDENCIA O INGRESOS, POR FAVOR EXPLIQUE SU NECESIDAD:

**Suba su solicitud y comprobante de residencia e ingresos a nuestra casilla de correo segura: LPF@Lakewood.org
O ENTREGUE LAS SOLICITUDES EN:**

Carmody Recreation Center

2200 S. Kipling St., Lakewood, 80227 • 720.963.5360

Charles Whitlock Recreation Center

1555 Dover St., Lakewood, 80215 • 303.987.4800

Green Mountain Recreation Center

13198 W. Green Mtn. Dr., Lakewood, 80228 • 303.987.7830

Link Recreation Center

1295 S. Reed St., Lakewood, 80232 • 303.987.5400

Clements Community Center

1580 Yarrow St. Lakewood, 80214 • 303.987.4820

Community Resources Department

480 S. Allison Parkway, Lakewood, 80226 • 303.987.7800

STAFF USE ONLY

Date Received: _____

Staff Name: _____

Location: _____

Residency Income

HHID: _____

Approved Denied

If approved, %: _____

Notification Sent: Yes No

Por la presente certifico que la información en este formulario es correcta y completa. Entiendo que esta certificación puede estar sujeta a una verificación adicional por la agencia prestataria de los servicios, por la Ciudad de Lakewood, o por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de Estados Unidos. Por la presente, autorizo dicha verificación y proveeré los documentos necesarios si así se lo solicita. Si se aprueba la solicitud, acepto pagar la porción del costo que me corresponda. Si queda su saldo una vez que el programa se complete, esa situación afectará la consideración de mis futuros pedidos de ayuda.

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____

FECHA: _____