



St. John's Church - ZOPPI DEAF CAMP
P.O. Box 200147
Newark, New Jersey 07102
www.zoppideafcamp.org

*Inspiring
and
Empowering Deaf Children*

Solicitud de Beca Campamento de Verano

El Campamento de Sordo Mudos ZOPPI depende de los pagos de los participantes y donaciones para proporcionar nuestros servicios. Estamos comprometidos a servir a las personas independientemente de sus ingresos, y esperamos que los participantes paguen una cuota basados en su capacidad financiera. Luego de haber revisado y verificado esta aplicación, becas pueden o no pueden ser aprobadas.

Por favor de imprimir o llenara a máquina

Nombre del campista: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Padre o Guardián (s): _____

Dirección: _____

Ciudad / Código postal: _____

Correo Electrónico _____

Número de teléfono preferido _____

Información de Empleo del Padre o guardián (s):

Empleado Nombre del Empleador: _____

Empleado Nombre del Empleador: _____

No Empleado

Ingreso neto mensuales de todos los miembros adultos del hogar (para llevar a casa):

Otra fuente de ingresos: _____

St. John's Church – ZOPPI DEAF CAMP
(VP) 973-948-7090 (V) 973-623-0822 (F) 973-948-3272
Email: zoppideafcamp@gmail.com website: www.zoppideafcamp.org

Numero de SNAP/TANF (si es aplicable) _____

Por favor proporcione la siguiente información para todos los miembros del hogar:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con el Campista	Escuela (si aplica)

INGRESO: Por favor marque la respuesta apropiada y complete la cantidad si su respuesta es si.

- | | | | |
|---|----|----|----------|
| 1. ¿Está recibiendo la ayuda para hijos dependiente | Si | No | \$ _____ |
| 2. ¿Está recibiendo cupones de alimentos? | Si | No | \$ _____ |
| 3. ¿Está recibiendo beneficios del Seguro Social? | Si | No | \$ _____ |
| 4. ¿Está recibiendo Beneficios de Veteranos? | Si | No | \$ _____ |
| 5. ¿Está recibiendo manutención para sus hijos? | Si | No | \$ _____ |
| 6. ¿Está recibiendo el apoyo del cónyuge/pensión alimenticia? | Si | No | \$ _____ |
| 7. ¿Está usted empleado? | Si | No | \$ _____ |
| 8. ¿trabaja su cónyuge? | Si | No | \$ _____ |
| 9. ¿Esta alguno de sus hijos menores de edad empleados? | Si | No | \$ _____ |
| 10. ¿Usted o su cónyuge que recibe beneficios de desempleo? | Si | No | \$ _____ |

INGRESOS: Por favor incluya copias de la siguiente información para verificar sus ingresos.

NOTA: ZOPPI DEAF CAMP NO hará copias de los originales.

- Copia de los talones de cheques de pagos de los últimos 2 meses de todos los adultos en el hogar
- Copia de la declaración de impuestos federales más reciente
- Tarjeta de desempleo, verificación de los talones de pago y declaraciones de pago
- talones y declaraciones de verificación AFDC

GASTOS: Por favor incluya los siguientes documentos para verificar sus gastos.

NOTA: El Newark Y NO hará copias de los originales.

- Facturas de electricidad y de Gas de los últimos 2 meses
- Facturas telefónicas de los últimos 2 meses
- Recibos de alquiler / hipoteca de los últimos 2 meses
- Comestibles (compras de alimentos) mensual estimado
- Recibos de pago del coche y del seguro de coche
- Recibos de matrícula escolar
- Incluya otros gastos extraordinarios, incluyendo corte y gastos médicos

Por favor, proporcione una breve descripción de por qué necesita ayuda financiera. Incluya información financiera, familiar y médica u otros datos relevantes de su situación. Por favor, adjunte otra hoja si es necesario.

Cantidad que puede pagar \$ _____ por _____

Pedimos que su hijo/a escriba una carta o hacer un dibujo en una hoja de papel separada y decirnos por qué él / ella le gustaría ir al Campamento de Verano ZOPPI y adjuntar a esta solicitud.

POR FAVOR LEA LA SIGUIENTE INFORMACION Y FIRME PARA INDICAR SU ENTENDIMIENTO Y APROVACION

Yo, por la presente certifico que la información proporcionada en este documento, es verdadera, exacta y completa a lo mejor de mi conocimiento. También soy consciente de que es mi responsabilidad de notificar a ZOPPI Deaf Camp por escrito de cualquier cambio en la información suministrada en esta solicitud, como los ingresos, dirección, arreglos de vivienda, u otros asuntos que pudieran afectar mi elegibilidad para asistencia financiera. Yo entiendo que el incumplimiento de las reglas del ZDC puede resultar en la revocación inmediata de los privilegios de becas.

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Imprima Nombre del padre o tutor legal

Fecha

De acuerdo con las reglas Y, NO solicitud será considerada sin documentación y verificación de ingresos y otra documentación requerida. Para verificar los ingresos, se requiere el formulario del IRS 1040 y Estado del empleador actual o Informe de Divulgación de ayuda pública. Toda la información financiera debe ser proporcionada por cada adulto incluido en la aplicación. Las solicitudes incompletas retrasará el proceso. Las solicitudes completas se procesan en orden recibido, hasta que el programa está lleno y / o fondos de la beca se han agotado. Enviar solicitud completa y los documentos solicitados a: St. John's Church – ZOPPI DEAF CAMP P.O. Box 200147 Newark, NJ 07102