



Camp Sol of the Deaf, Inc

Location -3506 Palisade Avenue, Apt 2, Union City, NJ 07087

Videophone – 267-331-4308

Email – csdnj2016@gmail.com

Website – www.campsolofthedeaf.org

Solicitud de pasantía Camp Sol 2022

Camp Sol of the Deaf, Inc depende de los pagos de los participantes y las donaciones para proporcionar nuestros servicios. Estamos comprometidos a servir a las personas independientemente de sus ingresos, y esperamos que los participantes paguen una tarifa en función de su capacidad financiera. Después de haber revisado y verificado esta solicitud, las becas pueden o no ser aprobadas.

Por favor de imprimir o llenara a máquina

Nombre del campista: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Padre o Guardián (s): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ 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: _____

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 Escuelasu 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: camp sol de sordos, Inc NO hará copias de los originales.

- Copia de los talones del cheque de pago de los últimos 2 meses para 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 de AFDC

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

NOTA: camp sol de sordos, Inc 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 _____

Le pedimos a su hijo que escriba una carta o haga un dibujo en una hoja aparte y nos diga por qué le gustaría ir a Camp Sol para sordos, Inc y adjuntarlo a esta solicitud

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

Por la presente certifico que la información proporcionada en este documento es verdadera, precisa y completa a mi leal saber y entender. También soy consciente de que es mi responsabilidad notificar a Camp Sol de sordos, Inc., por escrito cualquier cambio en la información proporcionada en esta solicitud, como ingresos, domicilio, arreglos de vivienda u otros asuntos que puedan afectar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera. Entiendo que el incumplimiento de las políticas de Y & Camp 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 se considerará la solicitud sin documentación y verificación de ingresos y otra documentación requerida. Para verificar los ingresos, se requiere el formulario 1040 del IRS y el estado actual del empleador o el informe de divulgación de ayuda pública. Toda la información financiera debe ser proporcionada por cada adulto incluido en la solicitud. Las solicitudes incompletas retrasarán el proceso. Las solicitudes completadas se procesan en el orden recibido, hasta que el programa esté completo y / o los fondos de la beca se hayan agotado. Envíe la solicitud completa y los documentos solicitados a: Camp Sol of the Deaf, Inc , 3506 Palisade Avenue, Apt 2, Union City, NJ 07087