Opportunity Grants Program

Information and Application Booklet

Programa de Oportunidad de Becas

Paquete de información y guía para solicitud

City of Carlsbad
RECREATION DEPARTMENT

The Carlsbad Recreation Department offers grants of $150 per person for youth from low-income families that live in Carlsbad. This program is designed to give youth, ages 17 years and younger, the opportunity to participate in Recreation classes, camps and aquatic programs that they may not normally be able to afford.

Who may apply and what is required to apply?

• Families that live within the Carlsbad city limits and have children that are 17 years old and younger, and

• Household income must fall within the income guidelines based upon HUD income data for San Diego County, MSA 2006.* *(See income guidelines on insert page)*

• Proof of residency and yearly income must be submitted with a completed application to determine if the family's income meets HUD guidelines for low income.

How do I apply for a scholarship?

• Complete the attached application, including all children on one form, except foster children or children that are a ward of the court, if possible. (If you have foster children, please fill out a separate application for each foster child or for each child who is a ward of the court. They are considered a household of one.)

• Read the attached "Verification of Financial Eligibility" to determine the proof of income that you will need to submit with your application. Note: Photocopies of ALL applicable documents, as indicated in the attached "Verification of Financial Eligibility", to verify total household income is required. Attach photocopies of all financial documents required. If you submit an incomplete application without your most recent tax return, W2's and copies of two current paycheck stubs, the processing of your application may be delayed. All information provided will be kept confidential.

• Submit applications / photocopies of residency and financial documents at least two weeks before registration deadlines for activity wishing to attend. This will allow adequate time for the processing of your application.

• Mail to: Calavera Hills Community Center, Opportunity Grants, 2997 Glasgow Drive, Carlsbad, CA 92010

• Or Drop off at: Any community center or the swim complex. (When dropping off your application, please put in an envelope with "Opportunity Grants" written on the outside to ensure confidentially of your personal information.)

Grant applications must be submitted with proof of residency and income for all household members. (Married or unmarried) Applications received without proof of income cannot be processed. Please submit photocopies of ALL applicable documents, as indicated, to verify total household income. Please do not submit original documents. To ensure confidentiality, please submit your documents in a sealed envelope marked "Opportunity Grants Application."

Annual income is the anticipated total income that will be received by all household members (all related, or non related, individuals who are sharing living expenses: rent, food, clothes, utility bills, medical expenses, etc.) for the 12-month period following the date of your application.

Verification of Financial Eligibility for Opportunity Grants Application

Submission of the following documents is **mandatory** for grant consideration:

1. **Your most recent federal income tax return** - include photocopies of all Schedules and W-2 forms submitted with the return. ***You must be claiming youth as dependent on Tax Form to be eligible.**

2. **Last two consecutive paycheck stubs for all employment** – indicating gross pay, which is the full amount, **before** any payroll deductions, of wages and salaries, overtime income. If this information is not included on the paycheck stub, please call the scholarship staff at 602-4680 to discuss alternatives.

3. **Proof of Residency: Utility Bill, Water Bill, etc.** (Failure to provide these 3 documents may result in a delay of the application process)

The following documents are necessary if applicable to your situation. Additional Proof of income includes, but is not limited to, photocopies of any of the following documents that apply to your household:

• **Schedule C** - If self-employed

• **AFDC** or other assistance programs – Most recent "Notice of Action" from the County indicating cash grant

• **HUD** – Yearly notice listing the amount of Section 8 assistance

• **Social Security or Supplemental Security Income (SSI)** – "Statement of Benefits" For the current year, "Direct Deposit" notice, or current bank statement indicating direct deposit of benefits.

• **Retirement Income (annuities, pensions) form** – 1099 or last two consecutive paycheck stubs, indicating gross pay, time period covered, and year-to-date gross income.

• **Unemployment insurance benefits**, worker's compensation, or disability income – "Statement of Benefits" or most recent check stub indicating the amount.

• **Alimony/Child Support** – court documents indicating the amount.

• **Family Support** (regular contributions received from persons not residing within the household) – letter from person(s) providing support, stating amount given.

• **Educational grants**, if grant covers living expenses – documents indicating amount allotted for living expenses. Any part of the grant that is for school expenses, tuition, books, etc., is not considered income.

• **Interest/dividends** or income from estates/trusts/investment (taxable and nontaxable) – 1099 forms.

Other forms of proof of income may be accepted in special circumstances. Please verify with scholarship staff before submitting application.

ESPAÑOL

El departamento de Recreación de la comunidad de Carlsbad está ofreciendo becas de $ 150 a residentes de Carlsbad que vengan de bajos recursos. La disponibilidad de la beca se basa de acuerdo a los ingresos de la familia y esta diseñada para darles una oportunidad a jóvenes que tengan 17 años de edad o menores que participen en programas de recreación que normalmente no podrían participar.

¿Quién es Elegible?

Familias que residen en Carlsbad y tenga hijos de 17 años o menos y sus ingresos estén de acuerdo a los ingresos de la familia y numero de personas en el hogar en la tabla proporcionada por El Departamento de Vivienda y Desarrollo de San Diego, MSA 2006*. (Ver las pautas de HUD en la página del relleno.)

¿Cómo Puede Aplicar?

• Complete la aplicación incluyendo todo sus hijos(as) en solo una forma

• Se requiere verificación de ingresos para determinar sus ingresos. Se necesita estos documentos para procesar su aplicación. Nota: Se requieren fotocopias de todos los documentos requeridos.

• Someta la aplicación y las fotocopias de su verificación de su residencia en Carlsbad y los documentos con la verificación de sus ingresos dos semanas antes que empiece la actividad que desea participar.

Por coreo:
Calavera Hills Community Center
Programa de Oportunidad de Becas
2997 Glasgow Drive
Carlsbad, Ca 92010

O en persona: en cualquiera centro de la comunidad, o en el centro de natación (cuando deje su aplicación por favor póngalo en sobre con “Opportunity Grant” escrito enfrente del sobre, para asegura su privacidad)

Verificación de Ingresos para Aplicar para el Programa de Oportunidad de Becas

Las aplicaciones deben de ser acompañadas con verificación de su residencia en Carlsbad y verificación de sus ingresos para todos los miembros de su hogar. Se requieren fotocopias de todos los documentos requeridos. Su aplicación debe ser entregada en un sobre con “Opportunity Grant” escrito enfrente del sobre, para segura su privacidad.

Los ingresos anuales son todos los ingresos recibidos por los miembros de la casa.

La entrega de los siguientes documentos son mandatarios

1. Los dos últimos talones de cheques- que indiquen el pago completo antes de cualquiera deducción.

2. Las formas más recientes de sus Impuestos “Taxes”- incluya fotocopias de todas las formas y todos los W-2.

3. Un Pago de luz, agua o basura. Etc. Para verificar su domicilio en Carlsbad. (No entregar estos tres documentos puede retrasar el proceso de su aplicación)

Otras formas de verificar ingresos

• **Schedule C**- Si tienes tu propio negocio.

• **AFDC** o orto programa de Asistencia Pública- La más reciente forma de “Aviso de Acción” del condado de San Diego.

• **HUD**- El estado anual que verifique la cantidad de su sección 8.

• **Seguro Social “Social Security** or Supplemental security income” (SSI)- “Statement of Benefits” para el año actual. O comprobante del banco de depósito directo.

• **Ingresos de Retiro o pensión**- Forma 1099

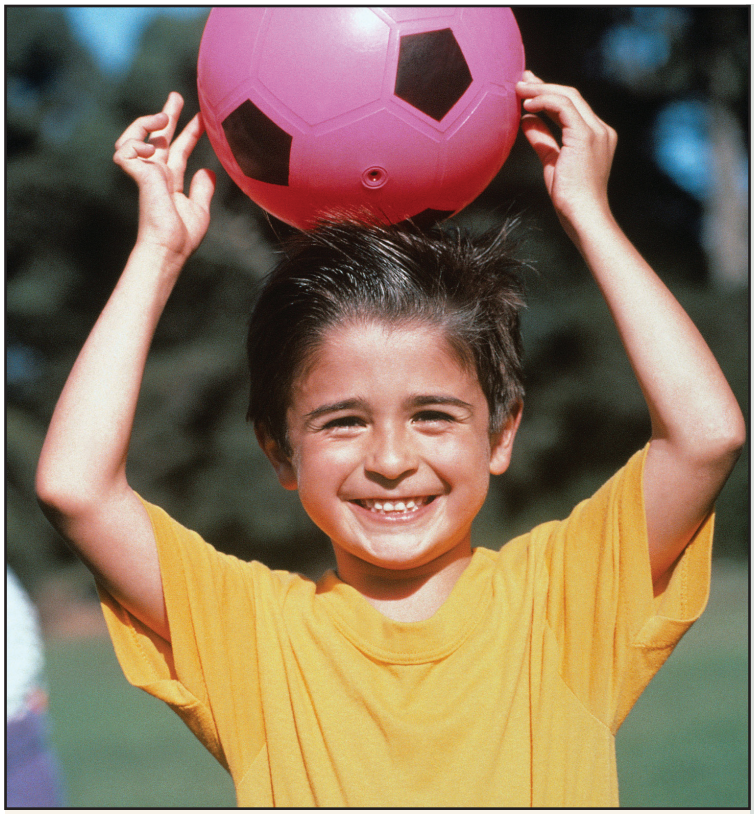
• **Seguro de desempleo**- “Statement of Benfits”

• **Sustento infantil**- documentos de corte

• **Becas educativas**- Solo si es parte de sus ingresos.

• **Interés/herencia**- Forma 1099

Otras formas de comprobantes serán aceptadas bajo circunstancias especiales. Deben de ser verificado primero.



Enrichment opportunities are available for your children:

- Kids Day Camps
- Educational Programs and Classes
- Team Sports
- Special Events

For more information, call (760) 602-4680, visit or call one of our community centers, or view online at: http://www.ci.carlsbad.ca.us/ recreation/grant.html

Creating Community Through People, Parks and Programs

City of Carlsbad
RECREATION DEPARTMENT

Oportunidades de enriquecimiento de la juventud están disponibles para sus hijos:

- Días de Campos para Jovenes
- Programas y Clases Educativas
- Deportes Juveniles
- Eventos Especiales
- Y Otras Oportunidades Perpetuas para Aprender

Para información en Español, llame al (760) 602-7510

Nosotros Creamos Comunidades a Traves de Personas, Parques y Programas

City of Carlsbad Opportunity Grants Program Application 2006

Complete form and return with all mandatory documents to any community center or the swim complex.
You can also mail it to: Calavera Hills Community Center, Opportunity Grants, 2997 Glasgow Dr., Carlsbad, CA 92010

Parent/Guardian's Name Home Phone Work Phone Cell Phone

Parent/Guardian's Name Home Phone Work Phone Cell Phone

Address: Street City Zip

E-mail Address: _____ Total number of members in household: _____

HUD Guidelines for low income- MSA 2006 San Diego County

Household Size*	Monthly Income*	Annual Income*
1	$3,220	$38,650
2	$3,679	$44,150
3	$4,142	$49,700
4	$4,600	$55,200
5	$4,967	$59,600
6	$5,337	$64,050
7	$5,704	$68,450
8	$6,070	$72,850

Name of Child(ren) Participating in Grant Program	Birthdate	*Is this child a foster child or ward of court?*	Class Number
1. _____	_____	☐ Yes ☐ No	_____
2. _____	_____	☐ Yes ☐ No	_____
3. _____	_____	☐ Yes ☐ No	_____

Household Income: Including unmarried couples and all working adults.

Sources of Income	Monthly Total	Received by which household member?
A. Gross wages/salary (before taxes/deductions)	$	
B. Social/Supplemental Security Income	$	
C. Public Assistance	$	
D. Alimony	$	
E. Child Support	$	
F. Other	$	
TOTAL MONTHLY INCOME	$	← Add items A+B+C+D+E+F
TOTAL ANNUAL INCOME	**$**	← **Multiply Total Monthly Income X 12**

All information provided on this application will be kept confidential.

I certify that the above information is correct. I will notify the program immediately if there are any changes, including my income, number of household members, place of residence, and phone number. I understand that the Opportunity Grants Program is a privilege and not a right, and that it is subject to the income verification statements submitted by me. I certify that I have submitted all copies of applicable documents related to income verification, and certify that they are true and accurate copies of the originals. I also understand that if any statements submitted are later determined to be inaccurate, it may immediately terminate my child's privilege to benefit from the program.

I have read the above statement and understand it.
PLEASE NOTE: Both parents/guardians need to sign and date below

FOR INTERNAL USE
Approved _____ Not-Approved _____
Expiration Date _____

Parent/Guardian Signature Date Parent/Guardian Signature Date

Ciudad de Carlsbad Solicitud para el Programa de Becas 2006

Por favor complete la forma y regresa con los documentos requeridos a cualquier centro de la comunidad, o en el centro de natación.
Por coreo:Calavera Hills Community Center, Programa de Oportunidad de Becas, 2997 Glasgow Drive Carlsbad, Ca 92010

Nombre de Padre o Tutor | Numero de teléfono de casa | trabajo | celular

Nombre de Padre o Tutor | Numero de teléfono de casa | trabajo | celular

Dirección | ciudad | código postal

Correo electrónico: _____ Numero de personas en el hogar _____

Pautas de HUD para el condado bajo 2006 de la renta MSA San Diego

Tamaño de la casa *	Renta mensual *	Renta Anual *
1	$3,220	$38,650
2	$3,679	$44,150
3	$4,142	$49,700
4	$4,600	$55,200
5	$4,967	$59,600
6	$5,337	$64,050
7	$5,704	$68,450
8	$6,070	$72,850

Nombre de Niño(a) participando en el programa de becas	Fecha de nacimiento	*Is this child a foster child or ward of court?*	Número de la clase
1. _____	_____	☐ Sí ☐ No	_____
2. _____	_____	☐ Sí ☐ No	_____
3. _____	_____	☐ Sí ☐ No	_____

Renta de casa: Incluyendo pares solteros y todos los adultos de trabajo.

Fuentes de Ingreso	Total mensual	¿Recibo por cual miembro de Familia?
A. Salario	$	
B. Seguro Social	$	
C. Asistencia Publica/Welfare	$	
D. Desempleo o incapacidad	$	
E. Sustentó infantil (Child Support)	$	
F. Orto ingresos	$	
TOTAL de INGRESOS MENSUALES	**$**	← **SUME A+B+C+D+E+F**
TOTAL de INGRESOS ANUALES	**$**	← **Multiplique total de ingresos mensuales X 12**

Toda su información en esta solicitud es confidencial

Certifico que todos los datos mencionados son ciertos, Notificaré al programa inmediatamente si hay algunos cambios, incluyendo él número de miembros de mi hogar, lugar de la residencia y número de teléfono.
Entiendo que el programa de oportunidad de becas es un privilegio no un derecho y eso estará conforme a la verificación de ingresos sometido. Certifico que he sometido las copias de los documentos aplicables relacionados con verificación de ingresos, y certifico que todo es verdadero y correcto. También entiendo que sí las declaraciones sometidas se detectan falsas se pueden terminar inmediatamente los privilegios del mi niño(a) de beneficiar del programa.

He leído la declaración y la entiendo.
Por favor hagan nota: Ambos padres deben firmar abajo

FOR INTERNAL USE
Approved _____ Not-Approved _____
Expiration Date _____

Nombre de Padre o Tutor | Fecha

Nombre de Padre o Tutor | Fecha