City of Carlsbad Opportunity Grants Program Application 2009

Applications Accepted April 16, 2009 - December 31, 2009 Only

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 very low income- MSA 2009 San Diego County

Household Size*	Monthly Income	Annual Income*
1	$2,408	$28,900
2	$2,754	$33,050
3	$3,095	$37,150
4	$3,441	$41,300
5	$3,716	$44,600
6	$3,991	$47,900
7	$4,266	$51,200
8	$4,541	$54,500

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: Must include 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 2009

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 2009 de la renta MSA San Diego

Tamaño de la casa *	Renta mensual *	Renta Anual *
1	$2,408	$28,900
2	$2,754	$33,050
3	$3,095	$37,150
4	$3,441	$41,300
5	$3,716	$44,600
6	$3,991	$47,900
7	$4,266	$51,200
8	$4,541	$54,500

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: Debe incluir todas las parejas que no son casadas y adultos que trabajan.

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