

City of Carlsbad Opportunity Grants Program Application
Applications Accepted April 18, 2012 - December 31, 2012 Only

2012

Complete form and return with proof of residency document to any community center or the swim complex.
 You can also mail it to: **Parks and Recreation Department, Opportunity Grants, 799 Pine Avenue, Suite 200, Carlsbad, CA 92008**

Parent/Guardian's Name	Home Phone	Work Phone	Cell Phone
Parent/Guardian's Name	Home Phone	Work Phone	Cell Phone
Street Address	City/Zip		Email

HUD Guidelines for very low income- MSA 2012 San Diego County

Household Size	Monthly Income	Annual Income
1	\$2,346	\$28,150
2	\$2,679	\$32,150
3	\$3,013	\$36,150
4	\$3,346	\$40,150
5	\$3,617	\$43,400
6	\$3,883	\$46,600
7	\$4,150	\$49,800
8	\$4,417	\$53,000

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. Unemployment	\$	
G. Other	\$	
TOTAL MONTHLY INCOME	\$	← Add items A+B+C+D+E+F+G

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 will submit all copies of applicable documents related to income verification at time of interview, 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
---------------------------	------	---------------------------	------

NOTE: Opportunity Grants are approved based on available funds.

Ciudad de Carlsbad Solicitud para el Programa de Becas
 Los usos aceptaron el 18 de Abril de 2012 – 31 de diciembre de 2012 solamente

2012

Por favor complete la forma y regresa con los documentos requeridos a cualquier centro de la comunidad, o en el centro de natación.
 Por correo: **Parks and Recreation Department, Programa de Oportunidad de Becas, 799 Pine Avenue, Suite 200, Carlsbad, CA 92008**

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	

Pautas de HUD para el condado bajo 2012 de la renta MSA San Diego

Tamaño de la casa	Renta mensual	Renta Anual
1	\$2,346	\$28,150
2	\$2,679	\$32,150
3	\$3,013	\$36,150
4	\$3,346	\$40,150
5	\$3,617	\$43,400
6	\$3,883	\$46,600
7	\$4,150	\$49,800
8	\$4,417	\$53,000

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

Fuentes de Ingreso	Total mensual	¿Por cual miembro de Familia es recibido?
A. Salario	\$	
B. Seguro Social	\$	
C. Asistencia Publica/Welfare	\$	
D. Desempleo o incapacidad	\$	
E. Sustentó infantil (Child Support)	\$	
F. Orto ingresos	\$	
G. Otro	\$	
TOTAL de INGRESOS MENSUALES	\$	← SUME A+B+C+D+E+F+G

TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTA APLICACIÓN SERÁ ESTRICAMENTE CONFIDENCIAL.

Juro que la información arriba proporcionada es correcta. Le notificaré a el programa inmediatamente de cualquier cambio, incluyendo mis ingresos, número de miembros en la familia, domicilio, y número de teléfono. Entiendo que el Programa de Oportunidad de Becas es un privilegio y no un derecho, y que está sujeto a la información dada en la declaración de ingresos que presenté. Y prometo que presentaré todas las copias de los documentos relacionados a la verificación de mis ingresos durante la entrevista, y juro que son verdaderos y copia fiel de los originales. También entiendo que si alguno de los estados de cuenta presentados puedan más tarde ser determinados como inadecuados, inmediatamente daré por terminado el privilegio de mi hijo de beneficiarse de este programa.

He leído la declaración arriba presentada y la entiendo.

NOTE POR FAVOR: Ambos padres o tutores necesitan firmar y fechar en la parte de abajo

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

Nombre de Padre o Tutor	Fecha	Nombre de Padre o Tutor	Fecha
-------------------------	-------	-------------------------	-------

City of Carlsbad Opportunity Grants Program Application
Applications Accepted April 18, 2012 - December 31, 2012 Only

2012

Members in household:

Name	Relationship	Birth date if under 18 years	Foster child or Ward of Court? Yes/No	Receives Income? Yes/No

Community Development Block Grant (CDBG) Information:

Do you receive Section 8 benefits? Yes No Homeless? Yes No
 Female head of household? Yes No Disabled/Special Needs? Yes No

Race:

White	<input type="checkbox"/>	Hispanic	<input type="checkbox"/>
Black/African American	<input type="checkbox"/>	Asian	<input type="checkbox"/>
American Indian/Alaskan Native	<input type="checkbox"/>	Native Hawaiian/Other Pacific Islander	<input type="checkbox"/>
American Indian/Alaskan Native <u>and</u> White	<input type="checkbox"/>	Asian <u>and</u> White	<input type="checkbox"/>
Black/African American <u>and</u> White	<input type="checkbox"/>	American Indian/Alaskan Native <u>and</u> Black	<input type="checkbox"/>
Other/Multi-Racial	<input type="checkbox"/>		

Miembros en la familia:

Nombre	Relación o parentesco	Fecha de nacimiento si es menor de 18 años	¿Menor acogido en una familia o bajo tutela judicial? Si/No	¿Recibe ingresos? Si/No

Información de subvención para desarrollo comunitario:

¿Recibe ayuda del programa "Section 8"? Sí No ¿No tiene hogar? Sí No
 ¿Es mujer cabeza de hogar? Sí No ¿Es discapacitado/tiene necesidades especiales? Sí No

Raza:

- | | | |
|--|--|--------------------------|
| Blanco | <input type="checkbox"/> Hispano | <input type="checkbox"/> |
| Negro/Afroamericano | <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> |
| Indio americano/Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> |
| Indio americano/Nativo de Alaska <u>y</u> blanco | <input type="checkbox"/> Asiático <u>y</u> blanco | <input type="checkbox"/> |
| Negro/Afroamericano <u>y</u> blanco | <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <u>y</u> negro | <input type="checkbox"/> |
| Otro/Multirracial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |