



**CIUDAD DE NEWMAN**  
**PROGRAMA DE ASISTENCIA RECREACIONAL**  
**R.A.P**

El departamento de Recreación de la Ciudad de Newman sigue ofreciendo un programa de asistencia para los programas de futbol soccer y basquetbol juvenil. Este programa ha sido diseñado con el fin de ayudar a las personas de nuestra comunidad que necesitan de asistencia económica para poder participar en nuestros programas de recreación. El Departamento de Recreación de la Ciudad de Newman siente que es esencial para el desarrollo de cada niño(a) que que éste interactue con otros niños(as) que no han tenido la oportunidad de participar en nuestro programa. Al ser aprobada la aplicación del participante para la asistencia económica. Ésta permitirá que se pague un costo parcial del programa, por medio de nuestro programa de asistencia.

Requisitos para aplicar para el programa de asistencia recreacional:

1. El aplicante debe ser residente del Condado de Stanislaus.
2. Obtener y completar una aplicación del Departamento de Recreación
3. Agregarla declaración de impuestos federales más recientes o la prueba de sueldo (talón de cheque).
4. Regresar la aplicación, con el registro del programa y acompañada de la documentación requerida al :

Departamento de recreación de Newman  
831 Hardin Road  
Newman, CA 95360

Nuestra oficina esta abierta de Lunes a Viernes, de 2:00 p.m. a 6:00 p.m.

5. Todas las aplicaciones deben ser entregadas a la oficina días días antes de que se termine la registración. Las aplicaciones pueden tardar hasta días días hábiles para ser procesadas. Se les notificará a los aplicantes por teléfono o por correo del estatus de la aplicación.
6. Los participantes aprobados del programa de asistencia deben atender regularmente, de no ser así arriesgan perder la asistencia económica (esta decisión es a discreción del administrador del programa).

Los que califiquen en la categoría de ingresos **Extremadamente Bajo, Muy Bajo y Bajo** tendrán preferencia. Para éstos el programa de asistencia cubrirá 75% del costo de registración (no incluye costo para no residentes ni registración tardía).

Para los que califiquen en la categoría de ingresos **Moderado**, el programa de asistencia cubrirá 25% del costo de registración (no incluye costo para no residentes ni registración tardía).



**CIUDAD DE NEWMAN**  
**PROGRAMA DE ASISTENCIA RECREACIONAL**  
**(R.A.P)**

NOMBRE DE CABEZA DE FAMILIA		ES USTED RESIDENTE DEL CONDADO DE STANISLAUS? MÁRQUE UNO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
DOMICILIO			
CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO(CASA)	TELÉFONO (TRABAJO)
TRABAJO DE CABEZA DE FAMILIA (NOMBRE Y DOMICILIO)			TELÉFONO
INGRESO ADICIONAL (NOMBRE Y DOMICILIO)			TELÉFONO
INGRESO MENSUAL (TODO TIPO DE INGRESOS)		NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN CASA	
HA RECIBIDO AYUDA DE "R.A.P." EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (SI SU RESPUESTA ES SI CONTESTE LA SIGUIENTE PREGUNTA) MÁRQUE UNO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
PARA CUÁL PROGRAMA SE USO LA ASISTENCIA		CANTIDAD DE LA ASISTENCIA	
ASISTENCIA REQUERIDA PARA:			
(1) NOMBRE DEL PARTICIPANTE		(2) NOMBRE DEL PARTICIPANTE	
ACTIVIDAD		ACTIVIDAD	
CANTIDAD DE ASISTENCIA QUE PIDIÓ		CANTIDAD DE ASISTENCIA QUE PIDIÓ	
SU RELACIÓN CON CABEZA DE FAMILIA		SU RELACIÓN CON CABEZA DE FAMILIA	
(3) NOMBRE DEL PARTICIPANTE		(4) NOMBRE DEL PARTICIPANTE	
ACTIVIDAD		ACTIVIDAD	
CANTIDAD DE ASISTENCIA QUE PIDIÓ		CANTIDAD DE ASISTENCIA QUE PIDIÓ	
SU RELACIÓN CON CABEZA DE FAMILIA		SU RELACIÓN CON CABEZA DE FAMILIA	
DECLARO Y CERTÍFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN ES VERDADERA Y CORRECTA. ENTIENDO DELIBERADAMENTE QUE MAL REPRESENTACIÓN PUEDE RESULTAR EN LA NEGACIÓN DE SER ELEGIBLE PARA ESTE PROGRAMA (R.A.P.)			
FIRMA DE LA PERSONA QUE LLENÓ ESTA APLICACIÓN		FECHA	
<b>PARA USO DE OFICINA</b>			
APPROVED _____ DISAPPROVED _____ INITIALS _____ DATE _____ AMOUNT \$ _____			



## 2012 Datos de Participación

**Programa:** \_\_\_\_\_

*La información que se solicita es sólo para propósitos de monitoreo y auditoría y no está destinada para su difusión pública.  
Por favor, proporcione la información solicitada a continuación. Gracias por su cooperación.*

**1. Cabeza de Familia:** Es usted la cabeza de familia?      Si  No

**2. Personas Viviendo en Casa y Cantidad Total de Ingresos:**

**A. Tamaño de Vivienda**  
(Marque Uno)

**B. Ingreso Total Anual:** (Para El Tamaño De Su Vivienda, Marque El Cuadro Que Corresponde Al Ingreso Total Anual De Su Vivienda)

Tamaño de Vivienda	1		2		3		4		5		6		7		8	
	De	A														
<b>Extremadamente Bajo</b> (30%)	\$0	\$11,800	\$11,801	\$13,450	\$13,451	\$15,150	\$15,151	\$16,800	\$16,801	\$18,150	\$18,151	\$19,500	\$19,501	\$20,850	\$20,851	\$22,200
<b>Muy Bajo</b> (50%)	\$11,801	\$19,600	\$19,601	\$22,400	\$22,401	\$25,200	\$25,201	\$28,000	\$28,001	\$30,250	\$30,251	\$32,500	\$32,501	\$34,750	\$34,751	\$37,000
<b>Bajo</b> (80%)	\$19,601	\$31,400	\$31,401	\$35,850	\$35,851	\$40,350	\$40,351	\$44,800	\$44,801	\$48,400	\$48,401	\$52,000	\$52,001	\$55,600	\$55,601	\$59,150
<b>Mediano</b> (100%)	\$31,401	\$39,200	\$39,201	\$44,800	\$44,801	\$50,400	\$50,401	\$56,000	\$56,001	\$60,500	\$60,501	\$65,000	\$65,001	\$69,500	\$69,501	\$74,000
<b>Moderado</b> (120%)	\$39,201	\$47,040	\$47,041	\$53,760	\$53,761	\$60,480	\$60,481	\$67,200	\$67,201	\$72,600	\$72,601	\$78,000	\$78,001	\$83,400	\$83,401	\$88,800

**3. Recibe usted ingresos de alguno de los siguientes medios?**

- CalWORKs                       Asistencia General                       Seguro Social  
 Estampillas de Comida       Medi-Cal                                       Otro: \_\_\_\_\_

**4. Raza** (Marque solo uno):

- Nativo Americano/Nativo de Alaska                       Asiático                                       Blanco  
 Nativo Hawaiano/Islas Pacíficas                       Asiático y Blanco                       Negro/Afroamericano  
 Nativo Americano /Nativo de Alaska y Blanco                       Negro/Afroamericano y Blanco  
 Nativo Americano /Nativo de Alaska y Negro/Afroamericano  
 Otro Multi-racial (especifique): \_\_\_\_\_  
 **Hispano Etnicidad** (También debe marcar una de las categorías raciales si se selecciona esta categoría):

\_\_\_\_\_  Mujer  Hombre  62 o más/discapacitado  
**Nombre**

\_\_\_\_\_ **Domicilio**                                      \_\_\_\_\_ **Ciudad**                                      \_\_\_\_\_ **Código Postal**

**Certifico que toda la información es verdadera y correcta al mayor de mi conocimiento.** Entiendo que la información aquí dada será para determinar si soy elegible para éste programa. También entiendo que si existiera un mal entendido con fin fraudulento o cualquier otra afirmación hecha por mi constituye en una violación federal y puede resultar en la negación de mi participación en éste programa.

\_\_\_\_\_ **Firma**

\_\_\_\_\_ **Fecha**