



# FC BOULDER

## Aplicación Confidencial de Asistencia Financiera 2016-2017

**Elegibilidad y fecha límite para aplicar:** Si el máximo de su salario o sueldo es menos de \$55.000 dólares es posible que usted califique para obtener ayuda para pagar la registración de su hijo(a). Cuentas actuales y planes de pago deberán de estar actualizadas (sin ningún pago retrasado) para ser considerado en el programa. Si es nuevo a FC Boulder y integrando al club después del 30 de mayo 2016, por favor contactar [sue.wristen@fcboulder.com](mailto:sue.wristen@fcboulder.com) para verificar si hay fondos disponibles.

Programa	Fecha Límite	Fecha de Notificación
Academia de Desarrollo de US Soccer	Mayo 20, 2016	Mayo 25, 2016
Juniors	Junio 10, 2016	Junio 17, 2016
2006-1998/1999 Competitivo Niñas	Junio 10, 2016	Junio 17, 2016
2006-2002 Competitivo Niños	Junio 10, 2016	Junio 17, 2016
2002-1998/1999 Competitivo Niños	Septiembre 15, 2016	Septiembre 30, 2016
Nuevos Registros de Primavera 2017	Septiembre 15, 2016	Septiembre 30, 2016

### INFORMACIÓN DEL JUGADOR:

**NOMBRE DEL JUGADOR:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_  
**PROGRAMA AL QUE APLICA:** Año de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Programa: \_\_\_\_\_ Niño / Niña (por favor marca)

### INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR:

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_  
**RELACIÓN:** \_\_\_\_\_ PADRE \_\_\_\_\_ MADRE \_\_\_\_\_ TUTOR LEGAL  
**# DE TELÉFONO DE CASA:** \_\_\_\_\_  
**# TELÉFONO DEL TRABAJO:** \_\_\_\_\_  
**DOMICILIO COMPLETO:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### NÚMERO DE MIEMBROS DE FAMILIA VIVIENDO CON EL JUGADOR, INCLUYENDO EL JUGADOR:

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **Relación familiar:** \_\_\_\_\_  
**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **Relación familiar:** \_\_\_\_\_  
**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **Relación familiar:** \_\_\_\_\_  
**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **Relación familiar:** \_\_\_\_\_  
**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **Relación familiar:** \_\_\_\_\_  
**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **Relación familiar:** \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE SU EMPLEADOR:

**LUGAR DE TRABAJO:** (Si esta actualmente empleado) \_\_\_\_\_  
**# DE TELÉFONO:** \_\_\_\_\_ **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** \_\_\_\_\_  
**NÚMERO DE HORAS POR SEMANA?** \_\_\_\_\_ **MESES QUE TRABAJA POR AÑO?** \_\_\_\_\_

### Sueldo:

Cuál es el total de su sueldo anual antes de pagar impuestos? (incluya todos los sueldos o compensaciones por trabajos realizados, jubilación, discapacidad, desempleo, demandas (pensión infantil y manutención))

Menos \$20,000  \$20k-\$30,000  \$31k-\$40,000  \$41k-\$55,000  Mas de \$55,000

Estado Civil: Casado(a) \_\_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_\_ Viudo(a) \_\_\_\_ Separado(a) \_\_\_\_ Soltero(a) \_\_\_\_

Si está casado, su esposa(o) trabaja? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ NO (PORFAVOR INCLUIR SU SUELDO EN ESTA APLICACION)

**Aviso: Si está casado y su pareja trabaja y usted elige no declarar esto en esta aplicación, su derecho a recibir asistencia será nulficado. Por favor imprima sus iniciales como declaración de que usted entiende esta declaración:** \_\_\_\_\_

Si está divorciado(a), recibe pensión para gastos de la manutención? \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO (POR FAVOR INCLUIR ESTA INFORMACIÓN)

**Está recibiendo alguna de las siguientes ayudas:**

____ Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)	____ Sección 8 o ayuda para la vivienda
____ Ayuda suplementaria del seguro social (S.S.I. o S.S.D.)	____ Estampillas para comida
____ Plan de salud infantil Plus (CHP+)	____ W.I.C.
____ Medicaid	____ Programa de almuerzo escolar

**ESTA APLICACIÓN DEBE SER ACOMPAÑADA DE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SUPLEMENTARIA:**

- 1) La información en esta aplicación debe de ser exacta y sin omisiones para ser considerada. Es su responsabilidad de mantener a FCB informado de cualquier cambio en su información personal y contacto, (Número de teléfono, dirección, etc.) el no hacerlo, pondrá en riesgo su elegibilidad al programa.
- 2) Esta aplicación debe de ser acompañada de un depósito por la cantidad de \$150 por cada jugador en su familia que quiera participar jugar. Este depósito será aplicado al balance total de su inscripción en el programa. Se le devolverá su depósito si decide no jugar para FC Boulder.
- 3) El solicitante debe proveer documentos que verifiquen su salario y cantidad de familiares. **Uno** de los siguientes documentos es aceptable para comprobar su sueldo.
  - a) Copia de la forma –IRS 1040 2015 (si declaro impuestos esta forma debe ser presentada). Si los padres están legalmente separados es necesario que el padre que recibe el crédito de manutención presente sus formas -IRS 1040.
  - b) Copias de sus talonarios de cheques por los pasados dos meses, que muestren cuanto ha ganado hasta el presente y horas trabajadas.
  - c) Prueba que esta recibiendo asistencia pública.
  - d) Cualquier otro documento verificable y que sea considerado apropiado por el Comité del Programa de Asistencia Financiera.
- 4) Padre y jugador se requieren a entregar una página escrita sobre lo siguiente: Porque necesita la ayuda, objetivos personales, participación en grupos escolares y/o de la comunidad, otras actividades extraescolares de interés personal. Solo expresar que ama el deporte del fútbol no es suficiente para recibir ayuda.

Toda la información aquí proveída es confidencial y solo será usada para determinar la aprobación de ayuda financiera. Cualquier información incorrecta o incompleta será razón para descalificar al solicitante sobre futuras oportunidades de asistencia.

He leído y entendido la póliza de asistencia financiera y me comprometo a seguirla según esta estipulado en esta. \_\_\_\_\_

POR MEDIO DE MI FIRMA DOY TESTIMONIO DE QUE LA INFORMACION AQUÍ PROVEÍDA POR MI, ES CORRECTA Y VERIFICABLE. ENTIENDO CLARAMENTE QUE FC BOULDER ME HARA RESPONSABLE POR EL COSTO TOTAL DE LA INSCRIPCIÓN DE MI JUGADOR SI RESULTA QUE ESTA INFORMACION ES INCORRECTA. DOY TAMBIEN TESTIMONIO DE HABER RECIBIDO UNA COPIA DE LA PÓLIZA SOBRE ASITENCIA FINANCIERA, DE HAVER LEIDO Y ENTENDIDO LA PÓLIZA Y DE ESTAR DE ACUERDO CON ELLA.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL APLICANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

**ENTREGUE O MANDE POR CORREO TODOS LOS DOCUMENTOS NECESARIOS CON SU DEPÓSITO Y APLICACIÓN A:**

Financial Assistance Committee  
FC Boulder  
2450 Central Avenue, Unit D-1  
Boulder, CO 80301

**SOLO PARA USO OFICIAL:**

DATE RECEIVED: \_\_\_\_\_ INCOME: \_\_\_\_\_ FS: \_\_\_\_\_ FEES: \_\_\_\_\_

APPLICATION \_\_\_\_\_ COMPLETE \_\_\_\_\_ INCOMPLETE DATE NOTIFIED: \_\_\_\_\_ DATE COMPLETED: \_\_\_\_\_

APPLICANT \_\_\_\_\_ APPROVED \_\_\_\_\_ UNAPPROVED DATE NOTIFIED: \_\_\_\_\_ METHOD: Email USPS

TERMS: \_\_\_\_\_ % REGISTRATION FEE \_\_\_\_\_ % CAMPS/CLINICS \_\_\_\_\_ % UNIFORM