

APPLICATION AND ELIGIBILITY CERTIFICATION FOR SERVICES SOLICITUD DE SERVICIOS Y CERTIFICACION DE ELEGIBILIDAD

Please write firmly on document.

1. Date / Fecha		2. Residence Address (Street, City, State, ZIP) / Dirección de Residencia en Texas (Calle, Ciudad, Estado, Código)					3. County / Condado		
4. Mailing Address (if different) / Dirección Postal (si es diferente)									
5. Home Phone / Teléfono-Casa		6. Other Phone / Otro Teléfono		7. School District/ Distrito de Escuela: SAN ANTONIO I.S.D.		8. Number of family members including parents / Numero de miembros en la familia (Incluyendo adultos y niños)			
9. Name (Last, First, Middle) / Nombre (Apellido, Primero, Segundo)			10. Relationship to Applicant / Relación de el Aplicante	11. Mark X for child in Program / Marca X niños En programa	12. Grade / Grado	13. School / Escuela	14. Date of birth / Fecha de nacimiento	15. SEX / Sexo	16. RACE / Raza
A.			Parent 1						
B.			Parent 2						
C.									
D.									
E.									
F.									
17. Number of Working Hours/ Numero de horas de trabajo: Mother/Mama: _____ Father/Papa: _____				18. Program Applying For/Solicitud de programa: _____ After School Challenge Program/Programa After School Challenge _____ Summer Program/Programa de verano					
19. Number of College Hours Enrolled/ Numero de horas de colegio se matriculó: Mother/Mama: _____ Father/Papa: _____				20. Number of Workshop/Training/Continuing Education Hours/ Numero de horas de educacion de taller/formacion/continuacion: Mother/Mama: _____ Father/Papa: _____					

IMPORTANT: Be sure that you have answered each question correctly and completely. Do not leave any blanks.

I understand that: (1) a person who obtains or attempts to obtain, by fraudulent means, services to which the person is not entitled may be prosecuted under applicable state and federal laws, (2) I am entitled to be notified about my eligibility. (3) services will be provided without regard to sex, race, creed, color, national origin, or disability; (4) the information on this application is confidential. I give permission to the City of San Antonio to contact a third party to verify income or family size.

I understand that by signing this form, I am applying for services for the After School Challenge Program or Summer Program. I understand that no refunds or prorated amounts are offered for these services. All information provided on the front side of this document represents a complete and accurate statement of my family's circumstances at the time of application.

IMPORTANTE: Antes de firmar esta solicitud, lea con mucho cuidado para asegurarse de haber contestado correctamente todas las preguntas.

Comprendo que: (1) si obtengo o trato de obtener, por medios fraudulentos, servicios a los cuales no tengo derecho, me expongo a cargos judiciales bajo leyes estatales y federales; (2) tengo derecho a recibir un aviso con respecto a mi elegibilidad para servicios. (3) los servicios serán provistos sin distinción de sexo, raza, credo, color, origen nacional, ni incapacidad; (4) la información que doy en esta solicitud será confidencial. Doy permiso al dela ciudad San Antonio con un tercero para verificar ingresos o el número de familia.

Comprendo que al firmar esta solicitud estoy pidiendo servicios de After School Challenge Program o Programa de Verano. Yo entiendo que no habrá devolución ni prorrateo de cantidad alguna por estos servicios. La información que se da en esta solicitud es una representación completa y verdadera de la situación actual de la familia del solicitante.

21. Signature—Applicant / Firma—Solicitante _____ Date / Fecha _____

Signature—Authorized Representative/ Firma—Representante Autorizado, Persona Responsable, o Testigo _____ Date / Fecha _____

**Provider Identification Number: 74-1109634
Provider Name: YOUNG MENS CHRISTIAN ASSOCIATION (YMCA)**

Provider Phone Number: 210-246-9622

OFFICE USE ONLY	
22. Household Annual Income \$ _____	
23. Income Verification Documents: _____ Income Tax Other: _____	
24. Sliding Scale Fee \$ _____	
25. Receipt Number: _____	

PARENTS: Save your copy of this document and the receipt as proof of payment and of your child's enrollment.

White Copy - Provider

Yellow Copy - Parent