

YMCA – GREATER SAN ANTONIO PROVIDER | PHONE 210-924-2277
PROVIDER IDENTIFICATION NUMBER: 74-1109634

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

Important: Please be sure that you have answered each question correctly and completely.

Importante: Antes de firmar esta solicitud, lea con mucho cuidado para asegurar de haber respondido a cada pregunta de manera correcta y completa.

1.RegistrationDate / Fecha de registro		2.ResidenceAddress(Street,City,State) (Calle, Ciudad, Estado, Codigo)		3. Zip Code / Códigopostal		4. County / Condado	
5. Home Phone / Teléfono–Casa		6. Other Phone / Otro Teléfono		7. SchoolDistrict/Distrito de Escuela SAISD		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 Apicante		11. SAISD ID # / SAISD ID #		12. Grade / Grado	
				13. School / Escuela		14. Date of birth / Fecha de nacimiento	
						15. SEX / Sexo	
						16. RACE / Raza	
						17. ETHNICITY/ etnicidad	
A.		Parent 1					
B.		Parent 2					
C.		Child		Student ID#			
D.		Child					
E.		Child					
F.		Child					
Key 16 Race: White (W), 2 or more (2+), Black (B), Asian (A), American Indian (AI), Hawaiian Pacific Islander (HP)							
Key 17 Ethnicity: Hispanic/Latino (HL) White (W), Black (B), 2 or more races (2+), American Indian (AI), Asian (A), Hawaiian Pacific Islander (HP)							
18. Number of Working Hours/ Numerodehoras detrabajo:				19. Program Applying For / Solicitud de programa:			
Mother/Mama:_____ Father/Papa:_____				_____ After School Challenge Program/Programa After School Challenge			
				_____ Summer Program/Programa de verano			
20. Number of College Hours Enrolled/ Numero de horas de colegio sematriculó:				21. Number of Workshop/Training/Continuing Education Hours/ Numero de horas de educacion de taller/formacion/continuacion:			
Mother/Mama:_____ Father/Papa:_____				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 informacion que se da en esta solicitud es una representación completa y verdadera de la situación actual de la familia del solicitante.

22. Signature–Applicant / Firma–Solicitante

Registration Date / Fecha de registro

OFFICE USE ONLY

23. Household Annual Income \$ _____

24. Income Verification Documents: _____ **Income Tax**

Other: _____

25. Sliding Scale Fee \$ _____ **26. Receipt Number:** _____

27. City Council _____

28. _____
Signature–Authorized Representative/
Firma–RepresentanteAurizado,PersonaResponsable,oTestigo

29. _____
Program Start Date /
Fecha de inicio de programa

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

Original - Provider

Copy - Parent