Half Moon Bay Soccer Club Aplicacion para Asistencia Financiera

El proposito de esta solicitud de ayuda financiera es para determinar la necesidad de Asistencia Financiera para los jugadores en el HMBSC que son incapaces de pagar el monto total de las cuotas del club.

Este formulario debe presentarse al Coordinador de Asistencia Financiera HMBSC junto con los siguientes documentos antes del **1 de junio de 2017. Una vez que complete la solicitud favor de entregarla o enviarla al 425 Poplar Stree, HMB, CA 94019. Solicitudes que se entreguen después de la fecha limite o incompletas no serán consideradas para dar asistencia financiera.**

Asegúrese de incluir los documentos REQUERIDOS para procesar su solicitud.

- Un comprobante de ingresos incluyendo 2 talones de pago consecutivos, de ambos padres;
- Declaraciones de incapacidad o desempleo de ambos padres o guardians del jugador;
- Si comprobantes de ingresos no se pueden obtener, se necesita una carta del empleado con el nombre de la compania y la cantidad de ingresos del empleado por 3 temporadas de pago consecutivas;
- Aplicacion complete tiene que llevar la firma del Entrenador o el Gerente del equipo y las firmas de ambos padres;

La aplicacion necisita incluir el nivel academico (GPA) del jugador (6- 12 grado).

-

Sin estos documentos no se considerarán la aplicación.

Asistencia financiera sera considerada segun los siguientes criterios:

1) Necesidad basada en las Directrices del nivel de ingresos de San Mateo County
2) Jugador y Padres deben haber cumplido con todas las obligaciones anteriores de Ayuda Financiera
3) Buen espiritu deportivo
4) Jugador debe cumplir con el nivel academico del “Boys and Girls Club” de 2.0.
5) Dedicacion del jugador a traves de espiritu deportivo, asistencia consistente en los entrenameintos del equipo, juegos de & eventos del club.
6) Longevidad con HMBSC
7) Las Familia deve comprometerse a trabajar en el snack-bar, en recaudacion de fondos como torneos y otros eventos que requieren la ayuda de voluntarios durante la temporada.Considerara la Asistencia Financiera de hasta 75% de las cuotas HMBSC, sin incluir los gastos de el equipo y basado en la cantidad de dinero disponible.

Nombre del Jugador: _____Entrenador:_____Equipo:_____

Nobre de Padres:_____Telefono:_____

Direccion de envio:_____

Direccion electronico:_____# de Personas en el hogar. Adultos:_____Ninos:_____

Calificacion GPA: _____ (6- 12 grado)

Yo estoy comprobando que este jugador cumple con los criterios anteriores para el programa de Asistencia Financiera HMBSC.

_____ _____

Firma de Gerente/Entrenador Fecha

Entiendo que mi hijo/hija, necesita cumplir con los criterios anteriores para ser elegible para esta Asistencia Financiera. Si en cualquier momento que los criterios no se han cumplidos, o si el jugador decide dejar el club media temporada o si el jugador se lastima y ya no puede jugar, yo pagare el dinero adeudado a HMBSC de una manera oportuna.

Firma de Padre /Guardian #1 _____ #2_____ Fecha_____

For HMBSC use only:			
Annual income parent #1	_____	Approved	_____
Annual income parent #2	_____	Amount	_____
Total income	_____	Denied:	_____
		Missing documents:	