Parks & Recreation Department
9291 Old Redwood Hwy, Bldg. 300D
Windsor, CA 95492
(707) 838-1260
www.townofwindsor.com/recreation

ABRIL 1, 2026 – MARZO 31, 2027

APLICACIÓN DE BECA PARA EL PROGRAMA DE RECREACIÓN

Fecha de Solicitud:	**Contacto principal:** Nombre:	Apellido:
Beneficiario de calificados: Nombre:	Apellido:	DDN:
Nombre:	Apellido:	DDN:
Domicilio:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono principal:	Teléfono secundario:	
Dirección de correo electrónico:		

Para calificar para el programa de becas se determinará de acuerdo con la necesidad y residencia.
Por favor muestre documentación de cada una de las dos categorías de abajo **junto con esta** aplicación:

1. Comprobante de la necesidad financiera **(Solo uno de lo siguiente):**
   ___ ~~Comprobante de la participación en el Programa Escolar de Almuerzos (NSLP) calificando para recibir comida gratis ó a precio reducido en la escuela~~ *(actualmente gratis para todos los niños en edad escolar)*
   ___ AFDC: Programa de Ayuda a las Familias con Niños Dependientes
   ___ *County Relief, General Relief* (G.R.) ó Ayuda General
   ___ CalFresh (anteriormente Estampillas de Comida) - Debe de mostrar prueba de elegibilidad dentro de los últimos 60 días.
   ___ W.I.C. (Mujeres, Infantes y Niños) - Debe de mostrar prueba de elegibilidad dentro de los últimos 30 días.

2. Comprobante de Residencia o Estudiante del distrito Escolar Unificado de Windsor:
   ___Un recibo de la luz, agua, etc. (con fecha dentro de los últimos 60 días) **y** una identificación con foto
   ___Carta de comprobancía escolar

- **Office Use Only –**

Date Received: _____ Received by: _____

Documentation Received (attach copies): _____

Approved: YES NO Entered Scholarship: Notes (Primary Acct) ❒ Alert (Participant) ❒ Excel Entry: ❒

Amt Received: _____ Date: _____ Amt Remaining: _____ Excel Entry ❒ Notes Entered ❒

Amt Received: _____ Date: _____ Amt Remaining: _____ Excel Entry ❒ Notes Entered ❒

Amt Received: _____ Date: _____ Amt Remaining: _____ Excel Entry ❒ Notes Entered ❒

Approved by: _____ Date Approved: _____