



PAGNOZZI PARKER CHARITIES  
 PROGRAMA DE  
 ASISTENCIA PARA  
 DEPORTES JUVENILES  
 100 E. Poplar St., Suite A  
 Fayetteville, AR 72703  
 oficina: 479-443-2550  
 cell: 479-319-8485  
 www.pagnozziparker.org  
 assistance@pagnozziparker.org

**Parte 1. Información del aplicante- OBLIGATORIO Debe estar entre los grados K-8 solamente**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ M F Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nivel escolar: \_\_\_\_\_

Deporte: \_\_\_\_\_ Organización: \_\_\_\_\_

**Parte 2. Información adicional- OBLIGATORIO**

La siguiente información es **REQUERIDA** para completar la aplicación y debe ser entregada **al menos 2 semanas antes de la fecha tope de registraci3n** para alocar tiempo para procesarla. \*Pruebas de ingresos deben ser del mes anterior. Cupones de alimento deben ser verificadas entre los 30 d3as \* Copia completada de registraci3n de deportes (entregue la original como dirigido en la forma de registraci3n) \* Informaci3n de la liga y persona de contacto (si la registraci3n no est3 disponible)

Aplicaciones **completadas** pueden ser subsumidas por correo f3sico o electr3nico, mandadas por fax o entregadas a nuestra oficina

**Parte 3. Enumere TODOS los miembros del hogar y sus ingresos del 3ltimo mes- OBLIGATORIO**

¿Recibe cupones de alimentos? MARQUE SI ES ASÍ

**\*Debe mostrar la verificaci3n de los cupones de alimentos**

(Enumere a TODAS las personas de la casa) Ingresos brutos / **Nombre y apellidos** / **Edad** / Frecuencia de recepci3n

Asistencia social, manutenci3n de los hijos, Pensiones, jubilaci3n, Otros. Marque si la pensi3n alimenticia, la Seguridad Social, sin ingresos

<i>Juan P3rez (Ejemplo) 30</i>	<i>\$300/ bimensual (Ej)</i>	<i>\$150/semanal (Ej)</i>	<i>\$600/mensual (Ej)</i>		
	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	
	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	
	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	
	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	
	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	
	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	
	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	
	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	

**Parte 4. Firma e informaci3n personal (el adulto debe firmar)**

*Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos son reportados. Entiendo que los funcionarios de Pagnozzi Charities se reservan el derecho de solicitar más información y verificar (comprobar) la información. También entiendo que Pagnozzi Charities no es responsable de las lesiones o la pérdida de bienes durante la participación en la actividad de la beca mencionada. Por la presente, libero a Pagnozzi Charities, sus empleados, patrocinadores y Junta Directiva de cualquier responsabilidad por cualquier accidente o lesión.*

Firma: \_\_\_\_\_ La fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono de mensajes: \_\_\_\_\_ Calle o dirección rural: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

#### **Parte 5. Información demográfica**

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Condado de residencia: \_\_\_\_\_

#### **Parte 6. Identidades raciales y étnicas del niño (opcional)**

Caucásico, afroamericano, nativo americano, nativo hawaiano, hispano o latino, asiático, multirracial, isleño del Pacífico, otro