

CITY OF NOVATO PARKS & RECREATION
NOVATO GYMNASTICS YOUTH SCHOLARSHIP PROGRAM
 APPLICATION FORM



PARENT/GUARDIAN INFORMATION

Parent/Guardian Name:

Parent/Guardian Name:

Phone:

Work Phone:

Email:

Address:

City/State/Zip:

CHILDREN (MUST BE LIVING IN THE SAME HOUSEHOLD)

Child's Name (FULL NAME):

Date of Birth:

Incoming Grade:

Gender:

MALE
 FEMALE
 NON-BINARY

Child's Name (FULL NAME):

Date of Birth:

Incoming Grade:

Gender:

MALE
 FEMALE
 NON-BINARY

Child's Name (FULL NAME):

Date of Birth:

Incoming Grade:

Gender:

MALE
 FEMALE
 NON-BINARY

GYMNASTICS

WHAT IS YOUR CHILD/CHILDREN INTERESTED IN?
 PLEASE SELECT ALL THAT APPLY.

Gymnastics Classes

Gymnastics Camp

Gymnastics Team: Must be a current member of the competitive team program.

IF YOU RECEIVE ANY OF THE FOLLOWING, PLEASE CHECK

Public Assistance
 (CalWorks, SSI, Food Stamps)

Unemployment Benefits

Disability Benefits

Housing Benefits

CDBG Income Limits

Persons in Household	Income
1	\$78,060
2	\$89,220
3	\$100,380
4	\$111,480
5	\$120,420
6	\$129,360

I certify the above information is accurate and true to the best of my knowledge. I understand that, if necessary, City of Novato employees have the right to request additional information in order to determine my eligibility for Financial Assistance.

Print Name of Applicant

Signature of Applicant

Date



INFORMACIÓN DE PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

Nombre de Padre/Madre/Tutor Legal:

Nombre de Padre/Madre/Tutor Legal:

Teléfono :

Teléfono Oficina:

Correo electrónico:

Dirección:

Ciudad/Estado/Zip:

NIÑOS (DEBEN VIVIR EN LA MISMA CASA)

Nombre Completo de Niño/a:

Fecha de Nacimiento:

Entrando a grado:

Género:

NIÑO
 NIÑA
 NO BINARIO

Nombre Completo de Niño/a:

Fecha de Nacimiento:

Entrando a grado:

Género:

NIÑO
 NIÑA
 NO BINARIO

Nombre Completo de Niño/a:

Fecha de Nacimiento:

Entrando a grado:

Género:

NIÑO
 NIÑA
 NO BINARIO

GIMNASIA

¿QUÉ LE INTERESA A SU HIJO/HIJOS? POR FAVOR SELECCIONE TODAS LAS RESPUESTAS VÁLIDAS.

Clases de Gimnasia

Campamento de gimnasia

Equipo de Gimnasia: Debe ser un miembro actual del programa de equipo competitivo.

POR FAVOR INDIQUE SI RECIBE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

Asistencia pública
(CalWorks, SSI, CalFresh)

Beneficios de Desempleo

Beneficios de Discapacidad

Beneficios de Alojamiento

Personas en la casa	Ingreso
1	\$78,060
2	\$89,220
3	\$100,380
4	\$111,480
5	\$120,420
6	\$129,360

Certifico que la información arriba es precisa y verídica hasta donde yo sé. Entiendo que, si es necesario, los empleados de la Ciudad de Novato tienen el derecho de pedir información adicional para poder determinar mi elegibilidad para ayuda financiera.

Nombre en imprenta de solicitante

Firma de solicitante

Fecha