

## Aplicación del Programa de ayuda de Santa

El Programa se llevará a cabo el 12 y 13 de Diciembre en la Iglesia American Lutheran en Gaylord. Aplicaciones deben ser devueltos a ayudantes de Santa del Condado de Sibley para el 1 de noviembre, 2017, para determinar si es elegible para el programa. **Las solicitudes incompletas serán Denegadas.** Usted y sus hijos deben ser residentes del Condado de Sibley. Si eres elegible, recibirá una fecha de cita para asistir al programa.

Hogar: Padre/Guardian

Nombres \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección de Envío \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ (usted recibirá su hora de la cita)

**Nombre y Apellido** de los niños.

**Niño/Niña**

**Grado**

**Fecha de Nacimiento**

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Este programa es para niños a la edad de 18 años. (Tienen que estar en la Escuela Secundaria)

**Sólo se permitirá a los padres y tutores o que figuran en el formulario para participar en el programa. Los amigos y familiares no se les permitirá recoger regalos en ausencia de los padres y tutores.**

Mi firma a continuación muestra que entiendo mis responsabilidades como cliente del Programa de Ayudantes de Santa y comprueba que, a lo mejor de mi conocimiento, las informaciones que he proporcionado es correcta. Yo entiendo que la presentación de informaciones falsas a sabiendas, o la omisión de información, podría resultar en una negación de este programa. Ayudantes de Santa tiene el derecho de rechazar los servicios si el solicitante se comporta de un modo agresivo o amenazante o parece estar intoxicado o el uso de drogas ilegales. La información de esta aplicación se utiliza para determinar la elegibilidad del programa.

Firma del padre / tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Completar al reverso también

## Elegibilidad del Programa

Para ser elegible para el programa de Ayudantes de Santa, sus ingresos deben estar dentro de las siguientes directrices

Por favor escriba su ingreso bruto anual: \$ \_\_\_\_\_

### Tamaño de la familia Ingreso Annual

1	\$21,978
2	\$29,637
3	\$37,296
4	\$44,955
5	\$52,614
6	\$60,273
7	\$67,951
8	\$75,647
9	\$83,343
10	\$91,039

Además, los participantes en ayudantes de Santa deben de estar recibiendo uno de siguientes listados a continuación. NOTE: Una firma debe ser obtenida de su programa de Coordinador o Designado para verificar su participación en uno de estos programas (Marque todo lo que corresponda)

#### No necesita Firma

- \_\_\_\_\_ MSIP.
- \_\_\_\_\_ Food Stamps.
- \_\_\_\_\_ Childcare Assistance.
- \_\_\_\_\_ TEFRA.
- \_\_\_\_\_ MNsure/Medical Assistance

#### Firma Necesaria

- \_\_\_\_\_ SSI/RSDI
- \_\_\_\_\_ Head Start
- \_\_\_\_\_ WIC Cada adicional
- \_\_\_\_\_ Free/Reduced School lunch
- \_\_\_\_\_ Family Facilitator/PSOP

\_\_\_\_\_ Firma del coordinador del programa o de la  
persona designada \_\_\_\_\_ Fecha (Requerido para la participación en el Programa  
de Ayudantes de Santa)

Por favor, díganos por qué usted cree que su familia necesita que utilizar nuestro programa. (Si usted no cae dentro de las pautas de ingreso mencionados anteriormente, por favor proporcione una breve explicación de por qué su familia necesita ayudantes de Santa's Helpers.)

Las citas pueden llegar a ser limitadas hacia el final del programa. A qué hora del día funciona mejor para usted? (Por favor marque uno) Se le notificará cuando su Cita sera.

9-11:30am    1-3:30pm    4-6:00pm    En cualquier momento

Devolver Aplicación A:  
Santa's Helpers of Sibley County  
Po Box 266 Henderson, MN 56044