

Scholarship Application

OFFICE USE

For Silver or Gold Membership. Scholarships are for annual membership and are awarded based on applicant eligibility and the available funds. Only completed applications will be processed. Incomplete applications may result in denial of application. Para ser miembro de plata u oro. Becas son para membresía anual y se conceden basadas en la elegibilidad del solicitante y los fondos disponibles. Sólo las aplicaciones completadas serán procesadas. Solicitudes incompletas pueden resultar en la denegación de la solicitud.

SCHOLARSHIP APPLICANT INFORMATION (Informacion Del Solicitante De La Heca)

PRIMARY ADULT

NAME (FIRST, LAST) <small>(Apellido principal, Nombre de pita primario)</small>	DATE (MM/DD/YY):
LICENSE - STATE/PHOTO ID (COPY REQUIRED) <small>(Licencia de Manejar - copiar necesario) #</small>	MARITAL STATUS <small>(Estado Civil)</small>
STREET ADDRESS <small>(Direccion)</small>	
CITY, STATE <small>(Ciudad, Estado)</small>	ZIP <small>(Codigo Postal)</small>
HOME PHONE <small>(Telefono della Casar)</small>	CELL <small>(Celular)</small>
EMAIL <small>(Correo electrónico)</small>	ASU TUTORING STUDENT <small>(ASU Student Tutoria)</small> <input type="radio"/> YES <small>(Sí)</small> <input type="radio"/> NO <small>(No)</small>

ALL HOUSEHOLD MEMBERS (Otros miembros del hogar)

List all persons living in household starting with primary applicant. Please Indicate if members are disabled or under foster care. (Escriba los nombres de todas las personas que viven en su hogar. Estipule si los niños que viven con usted son niños de crianza).

CHECK ONE:

CHECK ONE:

CHECK IF APPLIES:

NEW MEMBER <small>(Nuevo miembro)</small>	CURRENT MEMBER <small>(Miembro actual)</small>	FULL NAME <small>(Nombre completo)</small>	SEX <small>(Sexo)</small>	RELATIONSHIP TO APPLICANT <small>(Relacion con el Apicante)</small>	AGE <small>(Edad)</small>	BIRTHDATE <small>(Fecha de Nacimiento)</small>	ADULT 18+ <small>(Adulto)</small>	YOUTH 0-17 <small>(Niños)</small>	AMERICANS WITH DISABILITIES ACT	FOSTER CARE
		PRIMARY <small>(Primario)</small>		SELF <small>(Yo)</small>		--/--/--				
						--/--/--				
						--/--/--				
						--/--/--				
						--/--/--				
						--/--/--				
						--/--/--				
						--/--/--				
TOTALS (TOTALES)										

FOR INTERNAL USE ONLY

This application has been checked for legibility, completeness, signature of primary and has copies of required supporting documentation.

RECEIVED/INSPECTED BY EMPLOYEE: _____

APPLICATION DATE RECEIVED: _____ CONTACT DATE: _____

PHOTO ID _____ PROOF OF RESIDENCY (6 MONTHS) _____

PROOF OF INCOME _____

CURRENT INCOME TAX RETURN RECEIVED GUIDELINE AMOUNT: \$ _____

AMOUNT AWARDED: \$ _____ COMMUNITY WORKSHOP COMPLETION _____

NOTES: _____ LIFE SKILLS CLASS COMPLETION (2ND YR. RECIPIENTS) _____

MEMBERSHIP REQUEST

Choose type of membership desired (select only one type):

- TEEN (AGES 12-17)
- ADULT (AGES 18-61)
- ADULT + 1
- SENIOR (AGES 62+)
- FAMILY (UP TO 6 PEOPLE LIVING IN THE SAME RESIDENCE) *
- FAMILY (7+ PEOPLE LIVING IN SAME RESIDENCE)*

* Each individual over 18 years of age included in the household is required to show proof of income.



Scholarship Application



HOUSEHOLD FINANCES (Ingresos financieros del hogar)

List all household income per month for ALL PERSONS living with applicant. Include cash payments for "odd jobs" or "under the table" jobs. Mark sources of income /aid. Attach proof of income for each item listed below. (Ingresos mensuales pro todas las personas en la casa. Recurso de ingresos. Adjunte prueba de ingresos para cada elemento de la lista a continuación.)

OFFICE USE ONLY - CHECK IF DOCUMENTATION ATTACHED	GROSS SALARY FROM JOB <i>per month (Trabajo-bruto)</i>	\$
	GROSS SALARY FROM JOB <i>per month (Trabajo-bruto)</i>	\$
	GROSS SALARY FROM OTHER'S JOB <i>per month (Trabajo-bruto)</i>	\$
	GROSS SALARY FROM OTHER'S JOB <i>per month (Trabajo-bruto)</i>	\$
	GROSS SALARY FROM OTHER'S JOB <i>per month (Trabajo-bruto)</i>	\$
	UNEMPLOYMENT BENEFITS <i>per month (Beneficios de desempleo)</i>	\$
	RETIREMENT/SURVIVOR BENEFITS SSI/SSA <i>(Ingresos de la seguro social)</i>	\$
	DISABILITY SSDI/SSI/VA <i>per month (Desabilidad)</i>	\$
	CHILD SUPPORT/ALIMONY <i>per month (Sus tencion de Menores)</i>	\$
	CAF FOSTER CARE/PROTER CARE <i>per month (Cuidado de crianza)</i>	\$
	PUBLIC ASSISTANCE TANF/ATP/HUD <i>per month (Asistencia social)</i>	\$
	FOOD STAMPS/WIC/SNAP <i>per month (Estampillas)</i>	\$
	COLLEGE ROOM AND BOARD <i>per month (Universidad alojamiento y comida)</i>	\$
OTHER, PLEASE LIST: <i>(Otro)</i>	\$	
OFFICE USE ONLY - GROSS ANNUAL INCOME:		\$

SPECIAL CIRCUMSTANCES

Apart from financial hardship, please list any special circumstances or factors you would like us to know about. You may attach a letter if needed. *(Por favor incluya circunstancias especiales que a usted le gustaria que consideremos. Incluya una carta si es necesario.)*

ACKNOWLEDGEMENT

This application and required income documentation are confidential information and will be used only for scholarship recommendations by the Scholarship Administrator. *(Esta solicitud y los documentos de ingreso requeridos son información confidencial y solamente serán usados para las recomendaciones de becas por el administrador de becas.)*

NOTICE - in order to promote a safe and secure environment, The Salvation Army Kroc Center has placed video cameras in various locations. As part of our commitment to the safety of children and vulnerable persons, The Salvation Army Kroc Center reserves the right to consult public sources to determine whether any member or guest of any member poses an unreasonable risk of harm to its patrons, staff, or visitors. **The Salvation Army Ray and Joan KROC Corps Community Center may use the above listed participants photo or video for promotional purposes.** (NOTA - para poder promover un ambiente seguro y confiable, El Centro Kroc del Salvation Army a puesto cámaras de seguridad en varias áreas. Como parte de nuestro compromiso para la seguridad de los niños y personas vulnerables, El Centro Kroc del Salvation Army reserva el derecho a consultar con fuentes públicas para determinar si algún miembro o visitante de cualquier miembro posee riesgo de dañar sin razón a sus patrones, empleados, o visitantes).

We value our community members and have provided the Scholarship Program to make the Kroc Center accessible. If your membership becomes inactive (lack of contributing payment and/or attendance in 60 days) we reserve the right to terminate the scholarship. Please sign as verification of your understanding and acceptance of the Kroc Center Scholarship Program's terms.

I certify the statements and information provided in this application are factual and true. *Certifico que las declaraciones y la información proporcionada en esta solicitudes es verdadera y objetiva.*

SIGNATURE *(Firma)*

DATE *(Fecha)*

If applicant is 17 years of age or younger:

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE *(Firma del Padre/Guardián)*

DATE *(Fecha)*

Forma de Acuerdo de las Becas



El Ejército de la Salvación Centro Kroc se complace en ofrecer un amplio programa de becas para ayudar a facilitar el acceso al centro. Fue la visión e expectativa de Joan Kroc de que todos los individuos tengan las mismas oportunidades para hacer crecer sus dones y talentos naturales. El Centro de Kroc es una instalación de clase mundial que permite precisamente eso: una oportunidad igual que permite a cada persona la oportunidad de descubrir y desarrollar sus dones naturales. Estamos encantados de que usted está interesado en participar.

* Por favor, lea cuidadosamente y siga estas instrucciones paso a paso para completar su solicitud de beca.

* Llene completamente la página 1 de la solicitud. Firme y ponga la fecha en la parte inferior de esta página. Adjunte su comprobante de ingresos como se indica a continuación. Solicitudes incompletas resultará en la negación. Los solicitantes deberán ser notificados de una decisión de la beca por correo. Se aceptan solicitudes e otorgó anualmente según el calendario previsto en la parte inferior de la página.

* Las aplicaciones pueden ser dejadas en la recepción de bienvenida o enviadas (con el franqueo apropiado). Asegúrese de incluir la solicitud completa con la firma y las copias de los materiales de apoyo a: TSA Centro Kroc, Atención de: Programa de Becas, 1375 E. Broadway Road, Phoenix, AZ 85040.

* Su carta de aprobación del Centro Kroc identificará la fecha del Taller Comunitario que debe asistir para recibir su beca.

* Cuando usted venga a inscribirse, nuestro personal le puede pedir que llene un formulario de membresía. A continuación, introduzca la información en nuestro sistema, aceptar su primer pago, y tomar su retrato antes de emitir su tarjeta de membresía.

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE

1. Junte las copias requeridas de todas las pruebas de ingreso a la aplicación. (Los ejemplos de pruebas aceptables incluyen: 2 talones de pago actuales, Aviso de Acción TANF, pista de manutención de los hijos o de los registros bancarios, Declaración del Seguro Social, Declaraciones de Cupones para Alimentos con ingresos verificados, las declaraciones del seguro de desempleo, las devoluciones de impuestos federales, los registros de la dispensación de préstamos estudiantiles, etc.). Toda la documentación deberá presentarse al mismo tiempo antes de la fecha límite. Las solicitudes incompletas no serán procesadas. Cualquier información que sea fraudulenta tendrá como consecuencia la pérdida o negación de las becas actuales y futuras.
2. Completándose la solicitud no garantiza la asistencia. Las becas se otorgan en base a la elegibilidad, la puntualidad y la disponibilidad de fondos.
3. Usted puede hacer su pago de membresía en una de las siguientes maneras: (1) el retiro mensual automático a través de su cuenta de cheques o tarjeta de crédito, o (2) con tarjeta pre-pagada de crédito. Cuando usted venga a completar su registro de miembro, por favor esté preparado para pagar su primera cuota y la cantidad prorrateada del mes en curso. En caso de caer en su calendario de pagos, nos reservamos el derecho de cancelar la beca.
4. Los becarios se espera que contribuyan financieramente a los miembros. Los beneficiarios se les pedirá que pagar el 20%, 35%, o el 50% de la cuota mensual. Está basado en la capacidad financiera y otros criterios de elegibilidad.
5. Esta aplicación cubre membresía solamente y no incluye campamentos de verano, programas o clases. Ni se extiende a las compras, tales como la comida en el bar de aperitivos, tarjetas de regalo o mercancía.
6. El mal uso de su membresía puede resultar en la beca discontinuada.
7. Las becas son válidas por un período de 12 meses. Usted tendrá que volver a aplicar al final del período de concesión. El uso continuado dependerá de los registros financieros actualizados y la frecuencia de uso anterior en el Centro Kroc. Si no se les concede una beca a volver a aplicar, puede mantener su membresía en las tasas de afiliación estándar. Renunciamos a la cuota de inscripción si decide continuar dentro de los 60 días de haber sido notificado.
8. Todas las becas son confidenciales y los candidatos se comprometen a abstenerse de discutir con los demás.
9. Por favor firme abajo como verificación de la comprensión y la aceptación del Acuerdo de las Becas del Centro Kroc.

SIGNATURE (FIRMA)

DATE (FECHA)

Directrices de Becas del Centro Kroc



1. Los solicitantes deben ser residentes de la zona sur de la montaña por un mínimo de seis meses. Los límites de la zona de la montaña sur se definen como calle Lower Buckeye a la calle al norte, la calle 48 al este, a este lado de las montañas del Sur al sur, y la avenida 35 al oeste.
2. Las becas son para la **Membresía Kroc de Plata o Oro** y los recipientes tengan que contribuir financieramente a las cuotas de afiliación. La beca se basa en una escala móvil y determinada por la necesidad financiera.
3. La cuota de inscripción estara perdonado para los beneficiarios de las becas.
4. Hay un máximo de dos años de beca por familia/miembro.
5. El/La jefe/a de familia tiene la obligación de asistir a un Taller Comunitario para recibirla concesión de becas.
6. En segundo año los recipientes becarios deben asistir a una clase de habilidades para la vida.
7. Los formularios de solicitud de las becas están disponibles en el mostrador y se encuentran disponibles para su descarga en www.krocphoenix.org. La elegibilidad es determinado por mediante de la presentación de una solicitud de beca llenada y firmada junto con el formulario de acuerdo y las directrices, y la documentación de apoyo necesaria.
8. El/La solicitante de a beca será notificado dentro de 15 días hábiles a la elegibilidad y si se confirme, el solicitante será registrado para el próximo Taller Comunitario. La asistencia al Taller Comunitario se requiere para recibir la beca.
9. Para mantener la beca, las cuotas de afiliación deben mantenerse actualizados. Si las cuotas de membresía no estan pagados durante 30 días, las tarifas deben ser pagados antes de que el miembro puede asistir al Centro Kroc. Si pasan 60 días, sin pagar las cuotas la beca se cancelará.
10. El plan de membresía debe ser utilizado un mínimo de 8 veces en un mes para permanecer en buen estado. Membresías utilizado menos de 8 veces en un mes se cancelará. Un período de espera de tres meses se requiere antes de una membresía cancelado puede volver a presentarse para la beca.
11. Completando una solicitud no garantiza la beca. Las becas se otorgan en base a la elegibilidad financiamiento, oportunidad e espacio disponible.
12. Las becas tienen una validez de un año. Al final del año, si el beneficiario es elegible para una beca de segundo año, el recipiente recibirá un recordatorio de cortesía que volver a solicitar la documentación financiera actual y asistir a una clase de Habilidades para la Vida antes de la fecha de la beca expire.
13. Las personas que no asisten a su taller programado y/o clase de Habilidades de Vida debe comunicarse con el Centro Kroc en (602) 425.5011 dentro de 10 días del taller o clase que se perdió . Si el contacto no seá realizado dentro de los 10 días, la solicitud y los documentos serán destruidos. Además de asistir a un taller, el ingreso de elegibilidad debe de ser reverificado.
14. Una **membresía de adultos** comienza a la edad de 18 años. Una **Membresía Familiar** se define dos adultos (18 años o más) y dependientes legales menores, que viven en el mismo hogar. Las dos únicas excepciones son las siguientes: Si el tercer adulto está incapacitado y depende jurídicamente de los adultos en el hogar, o si el tercer adulto es de edad avanzada y es física, emocional o legalmente dependientes de los adultos en el hogar. La prueba de la dependencia es necesaria para la aprobación de becas.

SIGNATURE (FIRMA)

DATE (FECHA)