

**2018 SCHOLARSHIP APPLICATION
CONFIDENTIAL**

Camper's name: _____ School: _____ Campership before/when: _____

Name of Parent/Guardian: _____ Occupation: _____

Phone number: _____ Email Address: _____

Number of family members dependent on total family income: Adults: ____ Children: ____ Under 18: ____

ELIGIBILITY-CIRCLE ONE CATEGORY BELOW

I. I. Family Income

	1 perso n	2 peop le	3 peopl e	4 peopl e	5 peop le	6 peopl e	7 peopl e
50% of Median Income <i>Santa Clara County- Effective 3/8/06</i>	\$37,15 0	\$42,45 0	\$47,75 0	\$53,05 0	\$57,30 0	\$61,55 0	\$65,80 0
Check one if it applies							

I. II. Family receives public assistance – Check one if it applies

Social Security		AFDC		MediCal		Disability	
Unemployment		Food Stamps		MediCare		Other	

Why does your child/family need a campership? (i.e. financial, physical, medical, extreme family circumstances, etc.) Please indicate how your family will benefit from the Camp Superstuff experience, giving as much background possible regarding home, school, and health situations. This information will be held in confidence and will only be used to assist the campership committee in their selections. **Please indicate family income if not indicated above.** (Use additional paper if necessary.)

Total Camp fee = \$150 (Until July 1st). How much could you pay? _____

Would you be willing to volunteer and provide assistance with our programs at Breathe California of the Bay Area (Y/N)

The above information is accurate to the best of my knowledge.

Signature

Date

This portion is to be completed by Breathe California

Date Received _____ *Amount Received* _____

**2018 APLICACIÓN PARA BECA DE CAMPAMENTO
CONFIDENCIAL**

Nombre del acampante: _____ Escuela: _____

¿Ha solicitado una beca anteriormente? ¿Cuándo? _

Nombre del padre/madre/tutor: _____ Ocupación: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Número de miembros de la familia dependientes del ingreso familiar total:

Adultos: _____ Niños: _____ Menores de 18: _____

ELEGIBILIDAD- CIRCULA UNA CATEGORÍA:

I. I. Ingreso Familiar

	1 persona	2 personas	3 personas	4 personas	5 personas	6 personas	7 personas
50% de Median Income <i>Santa Clara County- Efectivo 3/8/06</i>	\$37,15 0	\$42,45 0	\$47,75 0	\$53,05 0	\$57,30 0	\$61,55 0	\$65,80 0
Marca el que aplique:							

I. II. La familia recibe asistencia pública – Marca los que apliquen

Social Security		AFDC		MediCal		Discapacid ad	
Desempleo		Food Stamps		MediCare		Otros	

¿Por qué su hijo / familia necesita una beca para el campamento? (Por ejemplo, circunstancias financieras, físicas, médicas, circunstancias familiares extremas, etc.). Por favor indique cómo su familia se beneficiaría de la experiencia de Camp Superstuff, brindando tanto antecedentes posibles con respecto a situaciones de hogar, escuela y salud. Esta información se mantendrá confidencial y sólo se utilizará para ayudar al comité del campamento en sus selecciones. Indique el ingreso familiar si no se indica arriba. (Si es necesario, utilice más papel.)

Matrícula total del campamento = \$150 (Hasta 1ero de Julio). ¿Cuánto puedes abonar? _____

¿Estaría usted dispuesto/a a ser voluntario/a y a proveer asistencia con nuestros programas en Breathe California of the Bay Area? (Sí / No)

La información anterior es exacta y a lo mejor de mi conocimiento.

Firma

Fecha

Esta parte debe ser completada por Breathe California

Fecha recibido _____ *Monto recibido* _____