



SOLICITUD DE BECA

(Solamente residentes de San Clemente)

Sólo para uso de oficina
 Date Received: _____
 Approved By: _____
 Denied: _____

San Clemente Aquatics Center: 987 Ave. Vista Hermosa / (949) 429-8797
San Clemente Community Center: 100 N. Calle Seville / (949) 361-8264
Ole Hanson Beach Club: 105 W. Avenida Pico / (949) 388-2131

La Ciudad de San Clemente y la Fundación Amigos de las Playas, Parques y Recreación ofrecen una beca para familias que están pasando por dificultades financieras. La beca es limitada a \$ 100 por familia, por año. Las becas son posibles gracias a donaciones de la comunidad y solo se otorgarán si hay fondos disponibles. Una solicitud para una beca no garantiza fondos o espacio en la clase solicitada. **Para consideración de aprobación, por favor incluya una de las siguientes pruebas:**

- CUSD Programa de almuerzo gratis o Programa de Autobús
- Inscripción en un programa de SoCal Edison CARE/FARE
- Inscripción en un programa de SoCal Gas Company LIHEAP
- Inscripción en el programa de AT&T Lifeline
- Inscripción en WIC o estampillas de comida gobierno
- Otras asistencias para dificultades financieras

Apellido del Adulto:		Nombre del Adulto:	
Domicilio:			
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Teléfono Primario:		Teléfono Secundario:	
Correo Electrónico:			

Miembros Adicionales de Familia:	
Nombre Completo:	Fecha de Nacimiento:
Nombre Completo:	Fecha de Nacimiento:
Nombre Completo:	Fecha de Nacimiento:

FOTO/VIDEO DE PRENSA: En varias ocasiones, representantes de la Ciudad toman fotos de las actividades, eventos especiales y también de participantes del programa de recreación de la Ciudad. Al firmar esta solicitud, autorizo a la Ciudad de San Clemente, usar o publicar fotos tomadas de mi o de mis hijos para promover los programas en el sitio de la Ciudad y publicaciones de folletos de la Ciudad.

RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD Y ACUERDO DE INDEMNIZACIÓN: El firmante libera la ciudad de San Clemente y sus funcionarios, agentes y empleados de toda responsabilidad a los abajo firmantes (y de alguno de los participantes menores de edad para quienes el que suscribe tiene la capacidad para contratar), liberando de este modo, indemnizar y liberar de responsabilidad de la Ciudad de San Clemente, sus funcionarios, agentes y empleados de toda responsabilidad a los abajo firmantes (y dijo que los menores de edad), de toda pérdida o daño a causa de una lesión física, mental y emocional para el abajo firmante (de dichos menores de edad) fueron causados por negligencia de la Ciudad de San Clemente, sus funcionarios, agentes y empleados. El abajo firmante asume toda la responsabilidad y el riesgo de lesiones físicas, mentales y emocionales debido a la negligencia de la Ciudad de San Clemente, sus funcionarios, agentes y empleados. El abajo firmante reconoce por sí mismo, y cualquier menor de edad, que los acontecimientos y sucesos a los que se aplica este comunicado pueden ser peligrosos y, como resultado de la firma a continuación, el que suscribe es aceptar esos riesgos por sí mismo, y por alguno de los participantes de menor importancia para quien el firmante puede contraerse.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO PARA PARTICIPANTES MENORES: El firmante de abajo, que es el padre o tutor de la persona mencionada arriba, menor de edad, autoriza a la Ciudad de San Clemente, a cuyo cuidado se ha confiado a la persona mencionada anteriormente, a dar su consentimiento para cualquier examen de rayos X, anestesia, médico o diagnóstico o tratamiento quirúrgico y atención hospitalaria que se prestará a dicho menor bajo la supervisión general o especial y con el asesoramiento de un médico y cirujano autorizado bajo las disposiciones de la Ley de Práctica Médica, o para consentir a un examen de rayos X, anestesia, el diagnóstico o tratamiento dental o quirúrgico y la atención hospitalaria que el dentista con licencia bajo las disposiciones de la Ley de Práctica Dental otorgará a dicho menor. El firmante de abajo además autorizó a la Ciudad de San Clemente a transportar o hacer arreglos para el transporte según sea necesario para la administración de la atención médica consentida en el programa anterior.

POLÍTICA DE REEMBOLSO: Para dejar una clase, completa un formulario de solicitud de reembolso. Si se recibe una notificación antes de la segunda fecha de reunión de la clase, un reembolso en forma de un cheque (menos una cuota de \$8 por el procesamiento del reembolso) o crédito en su cuenta de recreación de la ciudad será procesado. **Campamentos y Clases de Natación:** Si la solicitud de reembolso es recibida 72 horas antes del comienzo de la clase, un reembolso será procesado. **Talleres:** Si la solicitud de reembolso es recibida 24 horas antes del comienzo de la clase, un reembolso será procesado. Todos los reembolsos son recibidos en forma de un cheque o crédito a la cuenta de recreación de la ciudad. Un cargo de \$8 por el procesamiento del reembolso será aplicado por persona, por clase. **No hay reembolsos después de la segunda reunión de la clase.**

YO, EL FIRMANTE DE ABAJO, ESTOY FAMILIARIZADO CON EL CARÁCTER DE LAS ACTIVIDADES Y CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTA RENUNCIA Y LIBERACIÓN YA QUE SE APLICA A MÍ MISMO Y PARA CUALQUIER MENORES PARA QUIÉN ESTOY FIRMANDO.

Firma de Participante: _____ **Fecha:** _____
(Firma del padre o guardián legal si es menor de 18 años)