



McMinnville Parks and Recreation
Financial Assistance Application

Department Use Only
Date Received:
Amount Awarded:

Head of Household Name _____ Date _____

Address _____ City _____

Phone (Primary) _____ Email: _____

How do you wish to be notified about your application? Phone or Email (circle one)

Qualifying Information:

Is the participant a City of McMinnville Resident? Yes ___ No ___

Do you currently participate in at least one of the following?: (Mark all that apply)

TANF (Temporary Assistance for Needy Families) ___ SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program) ___

SSI (Supplemental Security Income) ___ FDPIR (Food Distribution Program on Indian Reservations) ___

Other Please Specify: _____

OR

Written Hardship/Special Circumstance: Briefly explain why you are requesting financial assistance for Parks and Recreation programs.

[Empty box for written hardship/special circumstance]

First Participant's Name _____ Birthdate _____

Activity participant is seeking financial assistance for: (If applicable, include Session #/date)

Knowing that the normal fee* for this program is \$ _____ , what do you think you can pay? _____

*Check out the Activity Guide or call a Parks and Recreation facility for fees

Second Participant's Name _____ Birthdate _____

Activity participant is seeking financial assistance for: (If applicable, include Session #/date)

Knowing that the normal fee* for this program is \$ _____ , what do you think you can pay? _____

*Check out the Activity Guide or call a Parks and Recreation facility for fees

*For more than 2 participants, please fill out a 2nd form.

I declare that the information provided on this form is correct. I agree to provide additional documentation to verify financial need if requested by Parks and Rec. staff. I understand that financial assistance may be revoked if program fee payments are not made by due dates.

Applicant Signature _____ Date: _____



Departamento de Parques y Recreación
(Parks and Recreation) de McMinnville
Solicitud de asistencia económica

Para uso exclusivo del Departamento
Fecha de recepción:
Monto concedido:

Nombre del cabeza de familia _____ Fecha _____
Dirección _____ Ciudad _____
Teléfono (principal) _____ Email _____
¿Por qué medio prefiere recibir avisos sobre el estado de su solicitud?
Teléfono o email (marque su elección con un círculo)

Información para definir si es elegible:

¿El participante reside en la ciudad de McMinnville? Sí __ No __
¿Indique si actualmente está recibiendo al menos uno de los siguientes?: (Marque todas las opciones que correspondan)

TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) ____ **SNAP** (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria) ____ **SSI** (Seguridad de Ingreso Suplementario) ____ **FDPIR** (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas) ____

Otro (especifique): _____

O
Expresar sus dificultades/circunstancias especiales por escrito: Explique brevemente el motivo por el que está solicitando asistencia económica para los programas de Parks and Recreation.

Nombre del primer participante _____ Fecha de nacimiento _____

Actividad para la cual el participante solicita asistencia económica: (Si corresponde, incluya el n.º de sesión/fecha)

Sabiendo que la tarifa habitual* de este programa es de \$ _____, ¿cuánto cree que podría pagar? _____

*Consulte la Guía de actividades o llame a una sede de Parks and Recreation para conocer las tarifas.

Nombre del segundo participante _____ Fecha de nacimiento _____

Actividad para la cual el participante está solicitando asistencia económica: (Si corresponde, incluya el n.º de sesión/fecha)

Sabiendo que la tarifa habitual* de este programa es de \$ _____, ¿cuánto cree que podría pagar? _____

*Consulte la Guía de actividades o llame a una sede de Parks and Recreation para conocer las tarifas.

*Si son más de dos participantes, complete un segundo formulario.

Declaro que la información proporcionada en este formulario es correcta. Acepto presentar documentación adicional para verificar si tengo una necesidad económica en caso de que el personal de Parks and Recreation lo solicite. Comprendo que es posible que se revoque la asistencia económica si no pago las tarifas del programa en los plazos establecidos.

Firma del solicitante _____ Fecha: _____