

**2017 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. Family Income**

	1 person	2 people	3 people	4 people	5 people	6 people	7 people
50% of Median Income <i>Santa Clara County- Effective 3/8/06</i>	\$37,150	\$42,450	\$47,750	\$53,050	\$57,300	\$61,550	\$65,800
Check one if it applies							

**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 1<sup>st</sup>). 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* \_\_\_\_\_

**2017 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. 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>	\$37,150	\$42,450	\$47,750	\$53,050	\$57,300	\$61,550	\$65,800
Marca el que aplique:							

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

Social Security		AFDC		MediCal		Discapacidad	
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* \_\_\_\_\_