



**Departamento de Biblioteca y Recreacion  
Programa de Asistencia Financiera  
Aplicación 2024-2025**

*Si necesita ayuda para completar la esta forma o necesita más información, llame al (925) 931-5340*

**INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del solicitante:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

Enumere todos los miembros de la familia (incluyendose usted):

<b>NOMBRE</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>

\_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_

**Fecha de firma**

Los solicitantes calificados serán considerados sin tener en cuenta la raza, el color, el origen nacional, el género, la edad, la condición médica, el estado civil o las creencias religiosas.

De acuerdo con la Ley de los Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés), si se necesita adaptaciones especiales en cualquier etapa del proceso de solicitud, proporcione al Departamento de Biblioteca y Recreación un aviso previo y se harán todos los intentos de consideración en su solicitud.

**SÓLO PARA USO DE OFICINA**

**Comprobante de Residencia:** \_\_\_\_\_

**Comprobante de Asistencia Adicional:** \_\_\_\_\_

**Approved By:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_