



Departamento de Biblioteca y Recreacion Programa de Asistencia Financiera Aplicación 2025-2026

*Si necesita ayuda para completar la solicitud o necesita más información, llame al (925) 931-5340
o mande un correo electrónico a recreation@cityofpleasantonca.gov*

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Fecha: _____

Nombre del solicitante: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

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

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO

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: _____