



El Departamento de Recreación de Fort Collins ha establecido normas para hacer que los programas estén disponibles para los residentes permanentes quienes tengan necesidades financieras demostradas. La Ciudad define a un residente permanente como alguien quien reside el año completo en Fort Collins o dentro de los límites del Distrito Escolar Poudre y se mantiene a sí mismo(a) financieramente. Los solicitantes de dieciocho o más años de edad deben presentar prueba de presencia legal en los Estados Unidos, como lo requiere la ley de Colorado. Sin embargo, a los padres que están solicitando la eliminación del costo sólo a nombre de sus niños quienes son menores de dieciocho años no se les requiere que prueben su propio estatus legal ni que firmen la declaración juramentada.

Para poder preservar la capacidad de la Ciudad para poder ofrecer descuentos o eliminar el costo a los residentes de la Ciudad que lo necesitan, y teniendo en cuenta las oportunidades recreativas que la universidad le provee a los estudiantes de CSU, las solicitudes de los estudiantes de Colorado State University serán revisadas para determinar si la necesidad financiera del estudiante es el resultado de su estatus como estudiante de CSU o no. Para tomar esta determinación, la Ciudad va a evaluar toda la información relevante, incluyendo la capacidad de un solicitante para ganar más ingresos si él/ella no fuera estudiante de CSU. Si la Ciudad determina de manera razonable que el solicitante no calificaría para recibir estatus de necesidad financiera si él/ella no fuera estudiante en CSU, se va a denegar la solicitud.

Los solicitantes y los miembros directos de su familia, las personas quienes tienen un parentesco directo con el solicitante, son dependientes legales del solicitante, y residen en el hogar del solicitante, pueden presentar una solicitud para ser considerados para la reducción en el costo. Se debe mostrar prueba de residencia legal para todos los miembros directos de la familia que tengan dieciocho o más años de edad.

**Para calificar para ser considerado para la reducción en el costo, se deben cumplir con las siguientes normas:**

1. Participación en un programa de asistencia estatal o federal (como se menciona en la solicitud), o ingresos dentro de las normas federales de ingresos bajos de acuerdo a su declaración de impuestos más reciente.
  - a. *Si usted recibe asistencia a través de algún programa federal, estatal, o del condado, usted debe proveer verificación actualizada, especificando una fecha de vencimiento si se aplica, o debe obtener un reporte de beneficios de Servicios Humanos del Condado de Larimer en el 970.498.6300.*
  - b. *Si usted no es parte de un programa de asistencia que califique, debe adjuntar una copia de su declaración de impuestos más reciente a esta solicitud.*
2. Prueba de residencia en Fort Collins o en el Distrito Escolar Poudre, incluyendo una cuenta de servicios públicos reciente que muestre nombre y dirección, o tres otras cuentas enviadas por correo a la misma dirección.
3. Prueba de presencia legal en los Estados Unidos. Los solicitantes, y todos los miembros directos de la familia mayores de 18 años de edad, que quieran calificar para el programa de reducción del costo deben presentar uno de los siguientes: licencia para conducir o tarjeta de identificación de Colorado, tarjeta de identificación militar de los EEUU, tarjeta de Marinero Mercante de la Guardia Costera de los EEUU, un documento tribal de Indígena Norteamericano, u otro documento que las normas de Colorado permitan. Adicionalmente, todos los solicitantes de 18 o más años de edad deben firmar la declaración juramentada, diciendo que él o ella son ciudadanos de los EEUU, residentes permanentes legales, o presentes en los Estados Unidos de otra manera legal.

Las solicitudes se pueden entregar en Edora Pool Ice Center (EPIC), Mulberry Pool, Northside Aztlan Community Center (NACC), Foothills ACTivity Center, o el Senior Center durante horas de oficina (las direcciones están abajo). Si usted tiene alguna pregunta sobre la solicitud o el programa de reducción de costo, por favor llame para hacer una cita con un miembro del personal entrenado. Por favor, permítanos por lo menos diez días hábiles para procesar la solicitud. Todas las solicitudes y documentos de respaldo serán guardados en nuestros archivos seguros, y toda información confidencial incluyendo declaraciones de impuestos será destruida cuando se aprueben o denieguen los beneficios.

Si se aprueba la reducción del costo, usted recibirá una carta de aprobación que le explicará los beneficios a los cuales usted y su familia son elegibles.

**Recreation Administration**  
 215 North Mason  
 970.221.6360

**Edora Pool Ice Center (EPIC)**  
 1801 Riverside  
 970.221.6683

**Senior Center**  
 1200 Raintree  
 970.221.6644

**Northside Aztlan Community Center (NACC)**  
 112 E. Willow  
 970.221.6256

**Foothills Activity Center**  
 241 E. Foothills Pkwy  
 970.416.4280

**Mulberry Pool**  
 424 West Mulberry  
 970.221.6657



Por favor lea y llene esta solicitud con cuidado. Si la letra es legible y se proveen los documentos apropiados, usted ha de recibir una respuesta en menos de 10 días hábiles. INFORMACIÓN INCOMPLETA O DOCUMENTOS QUE FALTEN VAN A DAR COMO RESULTADO QUE LA REDUCCIÓN DE COSTO DE BENEFICIOS SE DENIEGUE AUTOMÁTICAMENTE – POR FAVOR REVÍSELA CON CUIDADO ANTES DE ENVIARLA.

**SOLICITUD DEL 2018 PARA ELEGIBILIDAD DE COSTO REDUCIDO  
 POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA LEGIBLE.**

**Fecha de hoy**

**Date Received**

*\*Sólo para uso de la oficina.*

*Solicitud para adulto*

Apellido(s)	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Teléfono de la casa	Teléfono del trabajo	Teléfono celular
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección de E-mail (Correo electrónico)
<input type="text"/>

Nombre de la persona que está ayudando con la solicitud, si se aplica	Teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/>

1. Por favor enumere a todos los miembros de su hogar, *incluyendo a usted mismo(a)*, quienes están solicitando beneficios de reducción de costo junto con cualquier otra persona en su hogar que provea manutención que puedan afectar su elegibilidad.
2. Por favor especifique el nombre, edad, fecha de nacimiento, sexo, y relación (usted mismo(a), cónyuge, hijo(a), nieto(a), etc.) de cada miembro del hogar.
3. Por favor indique si el individuo quiere solicitar ser considerado para la reducción del costo o no, o si no desean hacer esa solicitud en este momento.

Nombre	Edad	Fecha de nac.	Nivel de educ.	Sexo	Relación	¿Solicita el programa?
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**Por favor siga al Paso 1. →**

**PASOS 1 al 3:** Por favor seleccione una prueba de elegibilidad. La manera más fácil para calificar para beneficios de costo reducido es proveer documentación que verifique la participación en el programa de almuerzos del Distrito Escolar Poudre, o una copia de su declaración de impuestos más reciente. **Si ningún miembro de la familia recibe almuerzos gratis o de costo reducido, o si usted no hizo una declaración de impuestos, por favor pase al PASO 3.**

PASO 1 Prueba del Programa de Almuerzos del distrito Escolar de Poudre	
¿Sus niños califican para recibir beneficios de almuerzos gratis o de costo reducido a través del Distrito Escolar Poudre? Si es así, por favor seleccione la casilla apropiada, y provea documentación reciente que verifique la inscripción en el programa de almuerzos de PSD. <b>Cuando haya terminado, por favor pase al PASO 4.</b>	
<input type="checkbox"/> Almuerzo gratis <input type="checkbox"/> almuerzo de costo reducido	

PASO 2 Prueba de ingresos		
Por favor escriba los ingresos totales brutos (bruto = antes de impuestos) del hogar que aparece en su declaración de impuestos más reciente, y adjunte una copia a su formulario. Si un dependiente elegible no aparece en la declaración de impuestos, por favor especifique el nombre de él/ella y explique por qué. <b>Cuando haya terminado, por favor pase al PASO 4.</b>	\$	Anual
	\$	Mensual

PASO 3 Prueba del programa de asistencia	
Por favor marque los programas de asistencia en los cuales usted y su familia están inscritos actualmente, marque todos los programas que se apliquen. Esta solicitud debe venir acompañada por documentos recientes que verifique la inscripción en un programa y la fecha de vencimiento de la elegibilidad (si se aplica). Si no puede presentar esos documentos, por favor obtenga un reporte de beneficios de Servicios Humanos del Condado de Larimer en el 970.498.6300. *Se puede obtener otra verificación de la Administración del Seguro Social de Autoridad de Vivienda de Fort Collins. <b>Cuando haya terminado, por favor pase al PASO 4.</b>	
<input type="checkbox"/> TANF (Temporary Assistance for Needy Families)	<input type="checkbox"/> Medicaid
<input type="checkbox"/> AND (Aid to the Needy Disabled)	<input type="checkbox"/> OAP (Old Age Pension)
<input type="checkbox"/> WIC (Women, Infants, and Children)	<input type="checkbox"/> CCAP (Child Care Assistance Program)
<input type="checkbox"/> Medicare Savings Program (QMB, SUM-B, Q1)	<input type="checkbox"/> Cuidado sustituto
<input type="checkbox"/> Programa de auto-suficiencia	<input type="checkbox"/> Supplementary Security Income/Social Security Disability Income*

PASO 4 Afiliación con Colorado State University (CSU)	
¿Algún miembro de la familia que haya sido nombrado en esta solicitud es estudiante universitario de tiempo completo en CSU?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre del estudiante	Fecha calculada de graduación

PASO 5 Verificación	
Por la presente yo verifico que la información que aparece en esta solicitud es verdadera.	
_____	_____
Firma del solicitante	Fecha

Si se aprueba su solicitud, usted recibirá una notificación por correo electrónico, y si no hay una dirección de correo electrónico en su archivo, usted recibirá una carta que se va a enviar por correo a la dirección que aparece arriba.

## Por favor pase al Paso 6. →

### PASO 6 Declaración juramentada (Sólo deben completarla los solicitantes mayores de 18 años)

Yo, \_\_\_\_\_, juro o afirmo bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de Colorado que: **(Marque uno)**.

- Yo soy ciudadano(a) de los Estados Unidos
- Yo no soy ciudadano(a) de los Estados Unidos pero soy un Residente Permanente de los EEUU.
- Yo no soy ciudadano(a) de los Estados Unidos pero estoy presente de manera legal en los EEUU de acuerdo con la ley Federal.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante primario

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Otro solicitante

Yo, \_\_\_\_\_, juro o afirmo bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de Colorado que: **(Marque uno)**.

- Yo soy ciudadano(a) de los Estados Unidos
- Yo no soy ciudadano(a) de los Estados Unidos pero soy un Residente Permanente de los EEUU.
- Yo no soy ciudadano(a) de los Estados Unidos pero estoy presente de manera legal en los EEUU de acuerdo con la ley Federal.

\_\_\_\_\_  
Firma del otro solicitante

\_\_\_\_\_  
Date

Yo entiendo que la ley requiere esta declaración juramentada porque yo he solicitado un beneficio público. Yo entiendo que la ley estatal requiere que yo provea prueba que estoy presente en los Estados Unidos de manera legal antes de recibir este beneficio público. Adicionalmente yo reconozco que hacer declaraciones o representaciones falsas, ficticias, o fraudulentas en esta declaración juramentada es castigable bajo leyes criminales de Colorado como perjurio en el segundo grado bajo el Estatuto Revisado de Colorado 18-8-503 y constituirá una ofensa criminal aparte cada vez que se reciba un beneficio público de manera fraudulenta.

### PASO 7 Lista de verificación para el solicitante

Antes de presentar su solicitud, por favor tome un momento para verificar la siguiente información. Por favor adjunte copias de la información relevante, ya que no se devolverán documentos originales.

- ¿Recibió usted ayuda para llenar esta solicitud? Si es así, ¿incluyó el nombre y número de contacto de la persona quien le ayudó?
- ¿Incluyó usted su prueba de residencia (copia de una cuenta de servicios públicos o tres piezas de correo postal), a menos que esté proveyendo documentación de la carta de almuerzo de PSD o una declaración de impuestos?
- ¿Todas las personas de 18 o más años de edad proveyeron una copia de su licencia para conducir o identificación con foto?
- ¿Todos los solicitantes de 18 o más años de edad firmaron la declaración juramentada, verificando su residencia?
- ¿Proveyó usted verificación de un programa de asistencia, incluyendo la fecha de vencimiento si se aplica?
- ¿Adjuntó usted una copia de su formulario de declaración de impuestos más reciente, si se aplica?
- ¿Firmó usted su solicitud?

Si esta solicitud está incompleta o falta algo de la verificación o alguna de las firmas que se requieren LE VAN A NOTIFICAR QUE SU SOLICITUD HA SIDO DENEGADA. Usted puede volver a hacer su solicitud si presenta una nueva solicitud que incluya todos los requisitos.