

**FOR OFFICE USE ONLY**

LY \_\_\_\_\_

New Plan \_\_\_\_\_

Still Owing: \_\_\_\_\_

Start Date \_\_\_\_\_

**Real So Cal Forma de Solicitud para Ayuda Financiera 2017-2018**  
**Devuelva esta forma completa para poder ser considerado(a) para ayuda financiera**

Antes de entregar esta aplicación por sepa que requerimos prueba de salario por medio de una colilla de su cheque de trabajo, las primeras dos páginas de su forma 1040 o una copia de su W2. Si es aplicable usted también tiene que incluir una explicación de cualquier cambios en su salario de este año al año pasado. Aplicaciones recibidas sin estos datos serán automáticamente rechazadas.

El apruebo de esta forma depende en la entrega de toda la información requerida, y la disposición de fondos en la Asociación. Las aplicaciones son consideradas de acuerdo a las necesidades individuales. De acuerdo a las reglas de la Asociación, solo podemos ayudar con un máximo del 50% del costo anual. Miembros y Solicitantes, deben de tomar en cuenta estos factores al aplicar por ayuda financiera.

La información en esta forma es confidencial, pero es necesaria para asegurarnos de que solamente aquellas personas con dificultades financieras y no apenas una inconveniencia, serán ayudadas. Nuestros recursos financieros son limitados y las aplicaciones son consideradas específicamente en base a sus necesidades

***Por favor llene con letra de molde la siguiente información:***

Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Nombre del Jugador \_\_\_\_\_ Equipo: B/G \_\_\_\_\_ Wht, Blu, DA

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección del Jugador \_\_\_\_\_

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Ingresos Mensuales antes de impuestos: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Ingresos Mensuales antes de impuestos: \_\_\_\_\_

Nombre del Tutor \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Ingresos Mensuales antes de impuestos: \_\_\_\_\_

Describe el motivo y la cantidad de la ayuda solicitada: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuánto se compromete a pagar ahora, y cuanto puede pagar mensualmente? (Usted debe de comprometerse a cierta cantidad): \_\_\_\_\_

Prometo que las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas. Entiendo que La Junta Directiva examinará esta solicitud y decidirá cuanto, si algo, en la forma de ayuda financiera puede ser puesto a disposición de mi hijo/hija. También entiendo que es mi responsabilidad el pago puntual de mis obligaciones financieras con la Asociación o mi hijo/a será suspendido del equipo y de todo entrenamiento con el Club.

Remita a: Howard Fink, President

WVSL/RSC

6430 Variel Avenue #103  
Woodland Hills, CA 91367

Office fax # 747-226-3199 or email to [darlenequintanar@gmail.com](mailto:darlenequintanar@gmail.com), Puede dejarlo en la caja de seguridad que esta afuera de la oficina 24/7

\_\_\_\_\_  
Signature

**Los solicitantes que sean aprobados recibirán una verificación por medio de correo electrónico con las condiciones del contrato y deberán confirmar recibo de tal por correo electrónico. Todas las obligaciones anteriores del club deben ser satisfechas para que el nuevo plan sea válido.**