



# City of Menasha Parks and Recreation Department

## Application for Reduced Season Pool Pass or Recreation Activities

*Aplicacion para Pase de Alberca Reducida o Actividades Recreacionales*

*(for youth ages 17 and under or disabled adult veterans)*

*(Para jovenes de 17 y menor o veteranos adulto con discapacidades)*

<b>For Office Use Only</b>	
<b>Usos para La Oficina</b>	
Date Received:	_____
Amount of Assistance:	_____
1 <sup>st</sup> notification:	_____
2 <sup>nd</sup> notification:	_____

Applicant's Name \_\_\_\_\_ Primary Phone# \_\_\_\_\_

*Nombre de Apicante*

*Tel Primario*

Street Address \_\_\_\_\_ City, Zip \_\_\_\_\_

*Direccion*

*Ciudad,Codigo Postal*

Employer \_\_\_\_\_ Hours Per Week \_\_\_\_\_

*Nombre de Empleo*

*Horas por semana*

Spouse/Partner Employer \_\_\_\_\_ Hours Per Week \_\_\_\_\_

*Nombre de empleo de esposo*

*Horas por semana*

### Household Members (including yourself, your children, and other adults):

*Miembros de hogar (incluyendose asi mismo, sus hijos, otros adultos):*

Name <i>Nombre</i>	Birthdate <i>Fecha de Nacimiento</i>	Relationship <i>Relacion</i>

Please share the reason you are requesting financial assistance or indicate other factors you wish to be considered *Favor de compartir la razon a la cual esta pidiendo asistencia financiera or indicar otras razones a la cual quiere que se incluyan para ser considerados para la ayuda.*

---



---



---

My child/children were approved for free breakfast/ lunch school meals during the past school year? Y N

*Mi hijo(s) ha sido aprobado para desayuno/comida gratuita de la escuela durante el ano escolar previa?*

My child/children were approved for reduced breakfast/ lunch school meals during the past school year? Y N

*Mi hijo(s) ha sido aprobado para desayuno/comida reducido de la escuela durante el ano escolar previa?*

Please indicate what program(s) you are seeking financial assistance for: *Favor de incluir para que programas esta pidiendo asistencia:*

Participant's Name <i>Nombre de Participante</i>	Pool Pass (Please Check) <i>Pase de Alberca</i>	Recreation Program Name <i>Nombre de Programa Recreacional</i>	Fees <i>Costo</i>

MONTHLY HOUSEHOLD INCOME Ingresos de hogar	
Applicant's Gross Monthly Income Ingresos mensuales de aplicante antes de deducciones	\$
Spouse/Partner Gross Monthly Income Ingresos mensuales de esposo(a)	\$
Unemployment Desempleo	\$
Supplemental Social Security Income Ingreso suplemental de Seguro Social	\$
Social Security Disability Insurance Seguranza de Segura Social para Discapacidad	\$
Other Income Algun otro Ingreso	\$
<b>TOTAL MONTHLY INCOME</b> Ingreso Mensual Total	\$

MONTHLY ASSISTANCE Asistencia Mensual	
Family Assistance Asistencia Familiar	\$
Child Care Assistance Asistencia para cuidado de niño	\$
Medical Assistance Asistencia Medica	\$
Government Assistance Asistencia de Gobierno	\$
Housing Subsidy Subsidio de Hogar	\$
Maintenance/Child Support Mantenimiento/ Ingreso para niño	\$
<b>TOTAL MONTHLY ASSISTANCE</b> Asistencia Total Mensual	\$

\*Attach a recent copy of payroll stub(s) to the application.

\*Incluir una copia de su talon de Cheque a la aplicacion.

MONTHLY HOUSEHOLD EXPENSES Gastos Mensuales del Hogar	
Mortgage/Rent Hipoteca/Renta	\$
Utilities (electric, water, gas) Utilidades (electricidad, agua, gas)	\$
Cable/Internet/Phone Cable/Internet/Telefono	\$
Childcare Cuidado Infantil	\$
Education loans Prestamos Educacionales	\$
Alimony Gastos de Mantenimiento	\$
Medical Medico	\$
<b>TOTAL MONTHLY EXPENSES</b> GASTOS TOTAL MENSUALES	\$

- All information provided will be kept confidential. *Toda informacion previsto se mantendra confidencial.*
- Funding for this program is limited and will vary from year to year. Those in greatest need, based on application information, will be given funding priority. *Fondos para este programa son limitadas y varen de año a año. Las personas con mas necesidad, basada en la información en la aplicacion, seran dados prioridad.*
- Families or individuals determined to be eligible for this program will be notified prior to pool opening or programs beginning. *Familias o individuales determinados eligible para este programa seran notificados antes de que se abra la alberca or antes del comienzo del programa.*

I certify that all the above information is true and correct and that all income is reported. City officials may verify the information on the application and the City of Menasha has full authority to determine eligibility. Misrepresentation will disqualify any family or individual from future application. *Certifico que toda la informacion es verdadera y corecta y todo ingreso ha sido reportado. Oficiales de Ciudad podran verificar la informacion en la aplicacion and la Ciudad De Menasha tiene toda autoridad para determinar elegibilidad. Mala representacion puede descalificar familia or individuo para aplicaciones futuras.*

Signature: Adult household member must sign before application can be approved.

*Firma: Miembro adulto de hogar debe firmar la aplicacion antes de que se pueda aprobar*

\_\_\_\_\_  
Applicant Signature  
Firma de Aplicante

\_\_\_\_\_  
Date  
Fecha

List Years Financial Assistance has been granted (if known): \_\_\_\_\_

**Please allow up to three business days for staff to review your request. Be sure to plan accordingly.**