

APLICACION PARA ASISTENCIA FINANCIER DE MEMBRESIA PARA ADULTOS Y NIÑAS

INSTRUCCIONES

La asistencia financiera está diseñada para complementar los recursos de la familia, no para sustituirlas. Se les pide a las familias hacer una contribución financiera a los gastos adjuntando un cheque o giro postal a este formulario.

- 1) TODAS LAS SECCIONES de este formulario deben ser completadas en su totalidad – de lo contrario su solicitud no será aceptada.
- 2) PRUEBA DE INGRESOS, o documentación en apoyo de su necesidad deben adjuntarse (copia solamente): carta de elegibilidad del programa de almuerzo escolar, determinación de Medicaid, Snap o WIC, determinación de cupones de alimentos, carta de beneficios de SSI, carta de desempleo o discapacidad, talón de pago, declaración de impuestos, W2 o otra documentación basada necesidad.
- 3) Los documentos de prueba de ingresos serán mantenidos confidencialmente y serán rápidamente destruidos después de la revisión de la aplicación.
- 4) Este formulario y los comprobantes de ingresos deben ser enviados por correo, dejados en un centro de servicio del concilio, o entregados directamente a su representante del concilio.

INFORMACION GENERAL

Fecha de hoy:	Tropa #:	Unidad de Servicio #:	Lugar/Ciudad:
---------------	----------	-----------------------	---------------

ESTA ASISTENCIA FINANCIERA SE ENVIA PARA (ELIJA SOLO UNO POR FORMULARIO)

- Niña
 Voluntario Adulto(a)

INFORMACIÓN DE LA NIÑA (COMPLETE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI SOLICITA ASISTENCIA PARA UNA NIÑA)

APELLIDO(S) DE LA NIÑA:		PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO:
Fecha de nacimiento de la niña:	Grado de la niña:	Nivel: <input type="checkbox"/> Daisy (Grados K-1) <input type="checkbox"/> Brownie (Grados 2-3) <input type="checkbox"/> Junior (Grados 4-5) <input type="checkbox"/> Cadette (Grados 6-8) <input type="checkbox"/> Senior (Grados 9-10) <input type="checkbox"/> Ambassador (Grados 11-12)	
APELLIDO DEL PADRE/GUARDIAN:		PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO:
¿Ha recibido ayuda financiera de algún Concilio de Girl Scouts antes? En caso afirmativo, ¿cuándo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

INFORMACIÓN DEL VOLUNTARIO ADULTO (COMPLETE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI SOLICITA ASISTENCIA PARA UN ADULTO)

APELLIDO(S) DEL VOLUNTARIO ADULTO:		PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO:
La asistencia financiera sólo se ofrece a aquellos adultos que tienen una posición dentro de una unidad servicio o tropa.			
Posición del voluntario(a): <input type="checkbox"/> Líder de Tropa <input type="checkbox"/> Co-Líder de Tropa <input type="checkbox"/> Otra: _____			

DIRECCIÓN DE CORREO POSTAL

Dirección:		Apto.	Teléfono de casa:	Celular:
Ciudad:		Estado:	Código Postal:	Dirección de correo electrónico:

INFORMACIÓN FINANCIERA: Esta sección debe ser llenada en su totalidad & Adjunte Pruebas de Ingresos

Ingreso Bruto Ajustado de la Familia como se reporta al IRS.

Menos de \$20,000
 \$20,000 - \$29,000
 \$30,000 - \$39,000
 \$40,000 - \$49,000
 \$50,000 - \$59,000
 \$60,000 - \$69,000
 \$70,000 - \$79,000
 \$80,000 - \$89,000
 Más de \$90,000

Otros ingresos que la familia recibe en asistencia - adjuntar documentación de apoyo:

Cupones de Alimentos / WIC / SNAP / etc.
 Programa de Almuerzo Escolar
 Medicaid (seguro médico)
 Discapacidad
 Desempleo
 Nada
 Otra: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA (CONTINUACIÓN - ADJUNTE PRUEBAS DE INGRESOS)

PRUEBA DE INGRESOS, o documentación en apoyo de su necesidad deben adjuntarse (copia solamente): carta de elegibilidad del programa de almuerzo escolar, determinación de Medicaid, Snap o WIC, determinación de cupones de alimentos, carta de beneficios de SSI, carta de desempleo o discapacidad, talón de pago, declaración de impuestos, W2 o otra documentación basada necesidad. (Tache identificadores personales como números de seguro social.)

Padre o Guardián:	Nombre y Dirección del trabajo: Titulo/Ocupación:	Actualmente Empleado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Madre o Guardián:	Nombre y Dirección del trabajo: Titulo/Ocupación:	Actualmente Empleado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿A cuántos dependientes este ingreso mantiene?:		Edades de otros hermanos / dependientes:

INFORMACION ADICIONAL

Explique por qué usted está solicitando Asistencia Financiera o cualquier circunstancias atenuantes:

ASISTENCIA REQUERIDA

- Cuotas de Membresía (Niña: \$15 Cargo de Servicio del Concilio y \$25 Cuota de Membresía Nacional / Adulto: \$25 Cuota de Membresía Nacional)
- Insignia (Prendedores, Insignia, Números de tropa, Identificación de Concilio, Bandera – según sea necesario. Valor Aproximado: \$18.00)
- Banda / Túnica (Habrá un cargo adicional a los miembros por la compra de un chaleco) Valor Aproximado: \$8.00 – 15.00)
- \$ _____ Monto que la familia puede contribuir a los gastos - Adjunte su contribución financiera a este formulario.
- Haga los cheques a nombre de: **GSHNJ Council**

INSTRUCCIONES PARA ENVIAR EL FORMULARIO POR CORREO

Envíe su Solicitud de Asistencia Financiera con su formulario de membresía completado y comprobante de ingresos directamente al concilio, entréguelo en cualquiera de nuestros centros de servicio, o entréguelo a su representante del concilio.

* Si el formulario de membresía se completó en línea, entonces no se requiere el formulario de membresía en papel.

Dirección:

Girls Scouts Heart of New Jersey
Financial Aid Membership
1171 Route 28
North Branch, NJ 08876

Dirección de los Centros de Servicio:

120 Valley Road, Montclair, NJ 07042
201 Grove Street East, Westfield, NJ 07090
1171 Route 28, North Branch, NJ 08876

FIRMA

Entiendo que el concilio puede solicitar información o documentos adicionales que apoyen la información financiera presentada en este formulario.

Firma del Padre/ Tutor / Miembro

Fecha

PARA USO DEL CONSILIO SOLAMENTE

Approved Denied Financial Aid Committee Signature:

Date:



Membresía para adultos

Únase a nuestra red mundial de 2.6 millones de Girl Scouts
Membresía vence septiembre 30 de 2020

Regístrese hoy en línea en www.girlscouts.org/adultjoin!

Tipo de membresía: Nueva membresía Renovación de membresía Membresía de por vida Tropa # _____

INFORMACIÓN PERSONAL

Título: Sra. Srta. Sr. Dr. Otro: _____

Nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido/s _____

Dirección _____ Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

(____) (____) _____
Teléfono _____ Teléfono del trabajo _____

(____) _____
Celular _____ Correo electrónico _____

Lugar de trabajo _____ Título/Ocupación _____

Me gustaría optar por:

Mensajes de texto Correo electrónico

Al optar a recibir mensajes de texto y correos electrónicos, acepto recibir mensajes al número de celular o correo electrónico provisto aun cuando comprendo que este consentimiento no es un requisito para obtener membresía en Girl Scouts.

DATOS DEMOGRÁFICOS

Girl Scouts respeta y da la bienvenida a todas las personas independientemente de sus orígenes y capacidades. Al completar la siguiente información (tal como define el Censo de los Estados Unidos), usted asegura apoyo y recursos para niñas en su comunidad. Tenga en cuenta que Hispano/Latino se define como etnia, no raza, y por lo tanto es indicado por separado. La recolección de esta información es para exclusivo uso estadístico.

Género:
 Femenino Masculino

de años como Girl Scout:
como niña/jovencita: _____ / ____ / ____
como adulto: _____ día mes año

Me identifico como:
 Nativo/a americano/a nativo/a de Alaska Asiático/a Negro/a o afroamericano/a Hawaiano/a o de las islas del Pacífico

Blanco/a
 Otro (especificar) _____

Soy hispano/a o latino/a
 Sí No Prefiero no responder por el momento

PARTICIPACIÓN

Participaré en Girl Scouts como: (marque las opciones que califican)

Voluntario/a—soy o seré voluntario/a en Girl Scouts Colaborador/a comunitario/a

Padre/Madre/Familiar—soy padre/madre/guardián legal/familiar de una Girl Scout Empleado/a—soy empleado/a de Girl Scouts

Ex-alumna—he participado con Girl Scouts, ya sea como niña, adulta, o ambas. Otro _____

Como voluntario/a, deseo participar como:

Asesor o Líder de Grupo/Tropa Voluntario de Grupo o Unidad de Servicio

Asistente del Asesor o del Líder de Grupo/Tropa Facilitador de Aprendizaje

Voluntario de Apoyo para Grupo Otro (especifique) _____

COMPROMISO

Permiso de medios
Al participar en actividades de Girl Scouts (yo o la persona a quien estoy registrando), puedo ser fotografiada/o para publicaciones escritas, videos o medios electrónicos. Las imágenes pueden ser usadas en materiales promocionales, anuncios y otros formatos de publicaciones de los concilios de Girl Scouts o de Girl Scouts of the USA. Las imágenes serán de exclusiva propiedad ya sea de los concilios de Girl Scouts o de Girl Scouts of the USA. Por la presente, cedo los derechos y libro a los concilios locales de Girl Scouts y a Girl Scouts of the USA de cualquier reclamación que pueda surgir del uso de estas imágenes.

No autorizo esta oportunidad en este momento.

La Promesa de Girl Scouts
Por mi honor, yo trataré: de servir a Dios y a mi patria, ayudar a las personas en todo momento, y vivir conforme a la Ley de Girl Scouts.

Al hacer la promesa de Girl Scouts, los miembros individuales pueden sustituir con una redacción adecuada la palabra "Dios" de acuerdo a sus propias creencias espirituales.

La Ley de Girl Scouts
Yo me esforzaré por: ser honrada y justa, cordial y servicial, considerada y compasiva, valiente y fuerte, y responsable de lo que digo y hago, y por respetarme a mí misma y a los demás respetar la autoridad, usar los recursos de manera prudente, hacer del mundo un lugar mejor, y ser hermana de cada una de las Girl Scouts.

Acepto y cumpliré con la Promesa y la Ley de Girl Scouts.

Firma _____ Fecha _____

MISIÓN DE GIRL SCOUTS
Girl Scouts prepara a niñas de coraje, confianza y carácter que hacen del mundo un lugar mejor.

OPCIONES DE MEMBRESÍA

Membresía anual
 Cuota anual: \$25

Membresía de por vida
 Cuota única de \$400
Adulto de 18 años o más que no haya sido un ex miembro o exmiembro que es un adulto de 30 años o más.

Membresía de por vida para jóvenes ex-alumnas de Girl Scouts
 Cuota única de \$200
Exmiembro que tiene entre 18 y 29 años.

Solo para nuevos miembros
 Año extendido: \$35
Disponible para la compra entre el **1 de mayo** y el **30 de septiembre de 2019**.
La membresía será válida hasta el 30 de septiembre de 2020.

¡SÍ! También quiero hacer una donación que beneficie directamente a las niñas de mi área. Envío una donación deducible de impuestos por el monto de: (marque donde corresponda)

\$500 \$250 \$150
 \$100 \$50 \$25
 Otro: \$ _____

INFORMACIÓN DE PAGO

Membresía anual: \$ _____

Membresía de por vida: \$ _____

Membresía por de vida para jóvenes ex-alumnas de Girl Scouts: \$ _____

Cuota de año extendido: \$ _____

Donación: \$ _____

Total adjunto: \$ _____

Efectivo Cheque*
 Amex Discover
 Visa MasterCard
 Otra _____

Nombre en la tarjeta de crédito _____

Número de tarjeta _____

Fecha de vencimiento _____ Código CVV _____

Firma _____

Fecha _____

*Haga el cheque pagadero a GSHNJ.

Regrese este formulario de registro, junto con la tarifa de membresía de GSUSA correspondiente, a su concilio local. Los honorarios no son reembolsables ni transferibles a otra personas.

PARA USO ADMINISTRATIVO

Código de concilio: _____

Unidad de Servicio/Grupo: _____

Grupo/Tropa: _____

¡GRACIAS POR APOYAR A GIRL SCOUTS!

Para más información acerca de Girl Scouts visite www.girlscouts.org/espanol