

**POLÍTICA DE REDUCCIÓN DE TARIFAS
DEPARTAMENTO DE PARQUES Y RECREACIÓN DE FALLS CHURCH**

El Departamento de Parques y Recreación de Falls Church fomenta el uso de nuestro programa de reducción de tarifas.

Para solicitar la reducción de tarifas, entregue este formulario y la documentación de apoyo en persona a Katharine Wakeley, en el Centro Comunitario Falls Church o por correo electrónico a kwakeley@fallschurchva.gov. Habrá disponibles intérpretes por teléfono. Las tarifas no deben ser una barrera para participar en los programas de su Departamento de Parques y Recreación local. Es posible que también le podamos ayudar con otras barreras, como proporcionar el equipo necesario. Hable con Katharine sobre otras formas en las que le podríamos ayudar.

1. Sólo residentes de la ciudad: Entregue este formulario, pago del 10% y la documentación de apoyo al momento del registro. *Los programas se llenan rápido. Tome en cuenta las fechas de registro e inscribese pronto. Si necesita ayuda con el 10%, por favor contacte a Katharine.

2. Se requiere la documentación de apoyo, que puede ser uno de los siguientes documentos:
- Carta de las Escuelas Públicas de Falls Church que verifica la elegibilidad para recibir almuerzo gratis o a precio reducido
 - Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés) del Departamento de Servicios para Familias
 - Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, en inglés) o Cupones para Alimentos (SNAP, en inglés)
 - Carta de aprobación de un empleado del Departamento de Servicios para Familias en Niños y Familia o Identificación de servicios
 - Medicaid
 - Carta de Vivienda y Servicios Humanos de City of Falls Church que verifica la recepción de asistencia financiera.

Una sola persona (que no sea un miembro de la familia) calificará para reducción de tarifas si se proporciona uno de los siguientes:

- Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI, en inglés)
- Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI, en inglés)
- Cheque de desempleo válido o declaración o una carta de un empleador previo que verifica el desempleo.

Si califica para la reducción de tarifas pero en este momento no está recibiendo ninguno de los servicios enlistados arriba, por favor entregue una prueba de su salario anual.

3. Los ingresos del hogar se definen como la suma, de forma anual, de todos los pagos, mesadas, manutención infantil, prestaciones de servicios sociales y otros ingresos para el hogar. Las cantidades de reducción de tarifas se basan en la escala que se encuentra a continuación:

Tamaño del Hogar

Tarifa	1	2	3	4	5	6	7	8
Paga el 10%	\$0-\$27,700	\$0-\$31,894	\$0-\$40,182	\$0-\$48,470	\$0-\$56,758	\$0-\$65,046	\$0-\$73,334	\$0-\$81,622
Paga el 40%	\$27,101-\$45,150	\$31,895-\$51,600	\$40,183-\$58,050	\$48,471-\$64,500	\$56,759-\$69,700	\$65,047-\$69,700	\$73,335-\$80,000	\$81,623-\$85,150
Paga el 70%	\$45,151-\$57,650	\$51,601-\$65,950	\$58,051-\$74,100	\$64,501-\$82,300	\$69,701-\$88,900	\$69,701-\$95,500	\$80,001-\$102,100	\$85,151-\$108,650
Sin reducción	\$57,651 y más	\$65,851 y más	\$74,101 y más	\$82,301 y más	\$88,901 y más	\$95,501 y más	\$102,101 y más	\$108,651 y más

4. Se avisará a los solicitantes sobre si se aprueba o se rechaza su solicitud dentro de cinco días laborales. Se requerirá el pago del 10% de las tarifas generales al momento de entregar la solicitud. Si hay un saldo restante, se debe pagar dentro de 7 días de la fecha del aviso o antes del primer día de actividad, lo que suceda primero. Si el pago no se hizo a tiempo, el personal del departamento puede revocar al participante del programa.

5. Las solicitudes se deben hacer para programas específicos. En su formulario se pueden incluir varios programas, siempre y cuando se lleven a cabo durante la misma temporada. Por cada nueva temporada, se requerirá una nueva Solicitud de Reducción de Tarifas cuando solicite el programa. Solo se requerirá que la documentación de apoyo se entregue una vez por año natural.

6. Todas las preguntas deben dirigirse a Katharine Wakeley, Asistente Administrativo Senior, de lunes a viernes, de 8:30 de la mañana a 5:00 de la tarde, llamando al (703) 248-5027 (TTY 711) o por correo electrónico a kwakeley@fallschurchva.gov

RESTRICCIÓNES:

- Los deportes de adultos y lecciones privadas no califican para la reducción de tarifas.
- Cada miembro de la familia está limitado a dos actividades contratadas por folleto. Las actividades contratadas tendrán a un "instructor" enlistado. No hay límite en sus propios programas.

Política de no discriminación por motivos de una discapacidad

La Ciudad de Falls Church no discrimina por motivo de una discapacidad en sus prácticas laborales o en la admisión, tener acceso u operaciones de sus servicios, programas o actividades. Se designó a Cindy Mester, 300 Park Avenue, Falls Church, Virginia 22046, para coordinar el cumplimiento con los requisitos de no discriminación de ADA.

SOLICITUD DE REDUCCIÓN DE TARIFA

Entregue este formulario con un pago del 10% y con la documentación de apoyo al momento del registro.

*Los programas se llenan. Tome en cuenta las fechas de registro e inscribáse pronto.

Incluya el pago del 10% de la tarifa de la actividad y la documentación de apoyo

7. Documentación de apoyo: seleccione y adjunte uno de los siguientes:

- Carta de las Escuelas Públicas de Falls Church que verifica la elegibilidad para recibir almuerzo gratis o a precio reducido
- Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) del Departamento de Servicios para Familias
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Cupones para Alimentos (SNAP)
- Carta de aprobación de un empleado del Departamento de Servicios para Familias en Niños y Familia o Identificación de servicios
- Medicaid
- Carta de Vivienda y Servicios Humanos de City of Falls Church que verifica la recepción de asistencia financiera.

Una sola persona (que no sea un miembro de la familia) calificará para reducción de tarifas si se proporciona uno de los siguientes:

- Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)
- Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI)
- Cheque de desempleo válido o declaración o una carta de un empleador previo que verifica el desempleo.

Si califica para la reducción de tarifas pero en este momento no está recibiendo ninguno de los servicios enlistados arriba, por favor entregue una prueba de su salario anual.

1. Nombre del padre o tutor: _____ Teléfono principal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Dirección de casa: _____

2. Nombres, edades e ingreso anual bruto de todos los miembros de la familia de su hogar, incluyendo al padre o tutor en listado arriba. Use una hoja de papel adicional si fuese necesario. No incluya el ingreso de personas de 17 años o menos de 17.

Incluya los salarios, bonos y comisiones, intereses y dividendos, ingresos brutos de rentas, pensiones, anualidades, pensión alimenticia/ manutención infantil, seguro social y cualquier otro ingreso.

Nombre: _____ Edad: _____ Ingreso anual: _____ Ninguno

Nombre: _____ Edad: _____ Ingreso anual: _____ Ninguno

Nombre: _____ Edad: _____ Ingreso anual: _____ Ninguno

Nombre: _____ Edad: _____ Ingreso anual: _____ Ninguno

Nombre: _____ Edad: _____ Ingreso anual: _____ Ninguno

Nombre: _____ Edad: _____ Ingreso anual: _____ Ninguno

3. Programas que solicitan reducción de tarifas: use una hoja de papel adicional si fuese necesario:

Programa: _____ Miembro de la familia: _____

Programa: _____ Miembro de la familia: _____

Programa: _____ Miembro de la familia: _____

Programa: _____ Miembro de la familia: _____

Programa: _____ Miembro de la familia: _____

4. Firma: Certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta y se reportaron todos los ingresos.

Firma del padre o tutor

Fecha