**Club de Futbol de Fremont**

**Aplicacion de Asistencia Financiera**

Fecha: \_/ / \_

La mision del Club de Futbol de Fremont (FSC) es proveer asistencia financiera para jugadores en necesidad. Una aplicacion para asistencia financiera es una certificacion que el jugador enlistado no podra participar en el programa sin asistencia debido a la severa situacion financiera familiar. Todas las aplicaciones seran revisadas en estricta confidencia por un panel de tres miembros de la junta consistiendo del Presidente de FSC, Tesorero y registrador. Los aplicantes seran notificados en una manera adecuada de la decision de revision del panel. Entregar las aplicaciones completas al Fremont Soccer Club PO Box 536 Fremont Ne 68025. Todas las aplicacion deberan ser recibidas en o antes de \_\_\_\_\_\_\_December 1st 2016\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Es extremadamente importante que las aplicaciones de asistencia financiera sean entregadas lo antes posible. Recuerde que el regresar la aplicacion no garantiza que sera aprobada. Todas las aplicaciones seran revisadas por los miembros de la junta de FSC. El estado de la aplicacion sera determinado y comunicado lo mas pronto posible.

Aplicantes que sean aprobados seran requeridos a 4 horas de servicio voluntario por niño/a en una o varias de las areas nombradas abajo.

Areas de aprobadas para el tiempo de voluntario son:

* Ayuda en el Campo
* Recaudacion de Fondos
* Puesto de Comida
* Entrenamiento
* Arbitraje

**El entendimiento y compromiso de los Padres:**

El llenar una aplicacion de asistencia financiera no garantiza que mi hijo/a sera aprobado. Yo entiendo que el FSC puede requerir informacion y que el proveer informacion incorrecta deliberadamente puede resultar en la perdida de la ayuda financiera. El FSC tomara todas las aplicaciones en cosideracion y le dejara saber a los aplicantes de su estado lo antes posible. La asistencia financiera dependera de lo siguiente:

1. ∙ Dinero en reserva para la ayuda financiera
2. ∙ Numero de jugadores aplicando para la asistencia
3. ∙ Necesidad financiera de la familia
4. ∙ El compromiso de la familia de apoyar al FSC y al equipo del jugador
5. ∙ El compromiso del jugador con el FSC y su equipo

El FSC es una organizacion de igualdad de oportunidades. Prohibe descriminacion en las bases de raza, religion sexo, nacionalidad, edad y necesidades de salud.

**SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_**

Yo entiendo que si mi hijo/a recibe ayuda financiera sere requerido a apoyar a mi hijo/a a los entrenamientos, juegos y clinicas a las cuales el entrenador les requiera al equipo que participe. Si mi hijo/a no asiste a las practicas o juegos puede resultar en la terminacion de la asistencia para mi hijo y no se otorgara asistencia en el futuro.

**SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_**

Yo apoyare al FSC y/o club de torneo/academia participando en racaudacion de fondos y eventos del club cuando sea posible. Yo donare mi tiempo al equipo o club y cumplir mis horas requeridas durante la temporada que recibire asistencia.

**SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_**

Yo se que si no cumplo con estas obligaciones mi aplicacion para asistencia en el futuro sera revocada . Yo tambien comprendo que si decido transferir a otro club o termino a mi hijo de la organizacion, No sere otorgado/a un descargo hasta que la cantidad total de la asistencia otorgada sea pagada.

**Aplicacion para asistencia financiera**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Informacion General:** | Nombre completo del jugador/a: |  |
| Fecha: | Direccion del jugador/a: |  |
| Temporada de Fubol: | Fecha de Nacimiento |  |
|  | PROPORCIONARE UNA ACTA DE NACIMIENTO |  |
| **Informacion de Familia:** |  |  |
| Nombre completo de Madre: | Direccion de Madre: | Telefono de Madre: |
|  |  | Ocupacion de empleo de Madre: |
| Email de Madre: |  |  |
|  |  |  |
| Nombre completo de Padre: | Direccion de Padre: | Telefono de Padre: |
|  |  | Ocupacion de empleo de Padre: |
| Email de Padre: |  |  |
|  |  |  |
| # de miembros de familia en el hogar |  | Califica para comida gratis/reducida Documentacion: |

**Observar: Asistencia puede ser distribuida en cantidades parciales, basadas en 25%, 50% or 75% incrementos**.

**FSC ya no otorgara 100% de asistencia financiera.**

Favor de apuntar la cantidad que pueda pagar: (observar que esto no garantiza que cantidad sera otorgada)

$\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la cuota de registro

Yo puedo participar en un plan de pago mensual:

En el espacio abajo, por favor proporcione una breve explicacion de la situacion financiera familiar que le requiere de asistencia financiera. (Use el reverso de esta forma para espacio adicional si es necesario.

Yo certifico que la informacion que he proporcionado es correcta y verdadera a lo mejor de mi conocimiento

Nombre del Padre/Madre

Firma del Padre /Madre:

Fecha \_