



## CATAWBA VALLEY YOUTH SOCCER ASSOCIATION

PO BOX 2115 \* HICKORY, NC 28603

El propósito del programa de Asistencia Financiera de CVYSA es apoyar a las familias de los jugadores registrados de CVYSA que demuestren una necesidad financiera.

Toda la información en esta solicitud permanecerá confidencial. Por favor, comprenda que la cantidad máxima de asistencia financiera que un jugador puede recibir es el 75 % de las tarifas de ese jugador. CVYSA no otorga asistencia del 100% de las cuotas de los jugadores.

**Para ser considerado para asistencia financiera, la siguiente información debe ser devuelta a la dirección anterior.**

1. Esta solicitud completa. Por favor, no deje espacios en blanco.
2. Las dos primeras páginas de su Formulario 1040 del IRS más reciente.
3. Un cheque a nombre de CVYSA por valor de \$50 (o efectivo.) Esta tarifa se acreditará a la obligación financiera del jugador una vez que se haya determinado la asistencia financiera. La solicitud NO será procesada sin esta tarifa.

***La fecha límite para la solicitud es el 30 de junio. Debería recibir una notificación antes del 15 de julio.***

La falta de presentación de la documentación requerida NO libera al jugador de sus obligaciones financieras.

Nombre del jugador o jugadora \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección de casa \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil \_\_\_\_\_

Equipo del jugador(a) \_\_\_\_\_ # de camiseta \_\_\_\_\_ cuántas temporadas \_\_\_\_\_

Número de niños que viven en el hogar \_\_\_\_\_

¿Es esta una casa unifamiliar? \_\_\_\_\_

¿Están los padres de este jugador actualmente desempleados? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo

Madre? Padre? los dos? \_\_\_\_\_

¿Hay gastos médicos excesivos en el hogar? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, cuánto son los gastos \_\_\_\_\_

¿Hay otros niños en el hogar actualmente registrados en CVYSA para esta temporada? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo cuál es el nivel? Little Blasters \_\_\_\_\_ Academy \_\_\_\_\_ Competitive \_\_\_\_\_

Nombre del equipo(s) \_\_\_\_\_

¿Cuál es el ingreso familiar aproximado? \_\_\_\_\_

¿Está dispuesto a comprometerse a brindar ayuda voluntaria a CVYSA cuando sea necesario? Si \_\_\_\_\_

**Declaración de los padres sobre la exactitud de la información:**

Al firmar esta solicitud, declaro que la información proporcionada es precisa y está actualizada. También reconozco al firmar que si se determina que la información proporcionada aquí es falsa o engañosa, renunciaré a toda la asistencia financiera que pueda ofrecer CVYSA y seré responsable del monto total de las tarifas de jugador de mi hijo.

Nombre de los padres (de letrado) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de los padres \_\_\_\_\_

.....

Solo para uso de CVYSA

Aprobado: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Monto aprobado: \_\_\_\_\_ Aprobado por: \_\_\_\_\_

Fecha que aplicamos la cantidad a la cuenta: \_\_\_\_\_