



CLARK COUNTY DEPARTMENT OF
PARKS AND RECREATION

FOSTER CARE FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM

(PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA FAMILIAS DE ACOGIDA)

| | |
|--|--------------------------------------|
| GUARDIAN NAME (<i>Nombre del tutor</i>): | PHONE (<i>Numero de teléfono</i>): |
| STREET ADDRESS (<i>Domicilio</i>): | EMAIL (<i>Correo electrónico</i>): |
| CITY/STATE/ZIP (<i>Ciudad/estado/código postal</i>): | |

| FAMILY MEMBERS NAMES (ADULT) (Nombres de los Miembros de Su Familia - Adultos) | | Date of Birth (Fecha de nacimiento) | Identification Card (Tarjeta de identificación) |
|---|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| FAMILY MEMBERS NAMES (CHILD) (Nombres de los Miembros de Su Familia - niños) | RELATIONSHIP TO GUARDIAN (Relación con los tutores) | Date of Birth (Fecha de nacimiento) | Birth Certificate or Guardianship Certificate (Certificado de nacimiento o certificado de tutela) |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Signature Of Applicant: _____
(Firma del Aspirante)

Date: _____
(Fecha)

Community Center: _____
(Centros Comunitarios)

Financial Aid Year: _____
(Ayuda Financiera)

Enter the calendar year you are requesting financial assistance for. Applications for future scholarship years are not accepted until submissions officially open later in December.

Ingrese el año calendario para el cual solicita asistencia financiera. Las solicitudes para años futuros no se aceptan hasta que el período de solicitud se abra oficialmente más adelante en diciembre.