



Solicitud de asistencia financier

Primavera 2020 *

COMPROBACIÓN:

1. ____ Las solicitudes deben ser recibidas antes del 28 Febrero, 2020
No aceptamos solicitudes tardes,
2. ____ Una aplicación por cada uno niño para solicitar ayuda financiera
(2 páginas)
3. ____ Una carta del niño sobre el tema “por que desea participar en TYSC”.
4. ____ Una recomendación escrita de un entrenador de fútbol o un maestro.
5. ----- Release firmado para jugar y Viajes Y renuncia médica

* Información financiera adicional puede ser solicitada.

Patrocinadores:

TYSC desea agradecer y reconocer nuestros generosos patrocinadores.





SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA Primavera 2020

*** toda la información para seguir siendo confidencial,
tanto dentro como fuera TYSC ***

Las solicitudes deben recibirse antes de 28 Febrero 2020
TYSC PO Box 1799, Telluride, CO 81435.

Solicitudes tardes no se considerará

una solicitud por niño, por favor.

NOMBRE DEL SOLICITANTE _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ grado escolar _____ Años jugando con TYSC _____

Padre(s) /Tutor Nombre: _____

Persona(s) responsable financiero para los niños: _____

Dirección de correo: _____

Dirección física: _____

Teléfono:

Casa _____ móvil _____ de trabajo _____ Madre

Casa _____ móvil _____ de trabajo _____ Padre

Dirección de correo electrónico _____

Empleador del padre/tutor _____

Empleador del otro padre/tutor _____

1. ¿Cuánto ayuda financiera pide usted de TYSC? Todos los participantes deben pagar una cuota mínima de \$50.00 . _____

2. Si eres solo/a, compartirán ambos padres con los costes de la tarifa de inscripción, uniforme y los gastos?

3. ¿Participará su hijo en 90% de los de prácticas y eventos locales?

Sí _____ No _____

4. ¿Está recibiendo apoyo monetario, de cualquier fuente, para el fútbol?

Sí _____ No _____ Si la respuesta es sí, explique por favor.

5. El solicitante ha recibido asistencia financiera de TYSC en el pasado?

Sí _____ No _____

Si la respuesta es sí, por favor cuando y cantidad: _____

Por Favor lista todas las condiciones que afectan a su posición financiera que sean pertinentes para ayudar a determinar dónde se encuentran las mayores necesidades de las familias que desean asistencia financiera.

6. Presente: a) una recomendación de entrenador o un maestro de la escuela y b) una carta de la participante en el tema de "por qué quiero participar en TYSC" para ayudar al Comité de Asistencia Financiera con su decisión.

7. ¿Tiene su hijo está recibiendo el almuerzo gratis o a precio reducido en la escuela?

Sí _____ No _____

Si contestó "sí" a la pregunta anterior, ¿Tenemos su permiso para verificar almuerzo gratis o a precio reducido por el distrito escolar? (Toda la información compartida entre el Telluride Distrito Escolar y TYSC se mantendrá confidencial. No se compartirá la información con cualquier otra persona u organización.) Sí _____ No _____

Si usted contestó "No" a cualquiera de las dos preguntas anteriores, por favor, nos da la siguiente información (por favor pase a la siguiente sección si usted contestó "sí" a las dos):

Ingresos mensuales:

Los ingresos de los Trabajadores:

\$ _____ madre

\$ _____ padre

Ingresos por concepto de arriendo:

\$ _____

Pensión Alimenticia,
el apoyo a los niños:

\$ _____

Los gastos mensuales:

Hipoteca/alquiler: \$ _____

Utilidades: \$ _____

Auto: \$ _____

(gas, arrendamiento, mantenimiento, seguros):

Comida: \$ _____

Misc (ropa, actividades para niños, comidas y entretenimiento, viajes): \$ _____

Otros gastos: \$ _____

el apoyo a los niños: \$ _____

Total de ingresos: \$ _____

Total de gastos: \$ _____

Ingresos - Gastos = \$ _____

por la presente certifico que toda la información es verdadera y correcta, y reconocer que el hecho de completar toda la solicitud y/o presentar información falsa, mi hijo puede descalificar de la asistencia financiera. TENGO QUE recibir y aceptar ayuda financiera desde el Telluride Club de Fútbol Juvenil estoy de acuerdo a que se adhieran a las reglas.

Padre/tutor Nombre (en letra de imprenta) _____

Padre/tutor Firma _____

Fecha: _____

Asistencia Financiera las solicitudes deben ser enviadas o recibidas por el TYSC antes del 28 Febrero 2020.

Solicitudes tardes no serán consideradas.

Enviar aplicaciones a TYSC, PO Box 1799 Telluride, CO 81435ide, CO 81435

Spring Season 2020
Release for Play and Travel And Medical Waiver
Player Name:

Last Name

First Name

By accepting this Medical Waiver by signature below, I acknowledge that I am aware of the risks and willing to assume them, hereby release and hold harmless the coaches, volunteers, organizers, and/or participants of Telluride Youth Soccer Club and CYS, USYSA, Telluride Public School and The Town of Telluride and each of the organization's affiliates, subsidiaries, officers, directors, employees, agents, coaches, officials, event organizers, and/or sponsors from all liabilities resulting from injuries or damages incurred during participation or travel in any athletic or social event sponsored by TYSC and from all claims by me for any liability, injury, loss or damage in any way, of the released parties.

I intend for this waiver and release to apply to any relatives, personal representatives, heirs, beneficiaries, or next of kin who might also pursue any legal action or claim on my behalf.

This waiver and release is formed under and is to be considered consistent with State of Colorado law. The undersigned understands that CYS provides player insurance related to injuries occurred through TYSC- sponsored activities as a secondary policy only. I/we agree that the participant currently has, and will maintain throughout the course of training and competition, valid medical and accident insurance. I agree to abide by all TYSC rules, regulations and policies.

I hereby give my consent for all medical care, prescribed by a duly licensed Doctor of Medicine, for whatever conditions are necessary to preserve life, limb, or well-being of my dependent. I request that in my absence the above-named player be admitted to any hospital or medical facility for diagnosis and treatment. I request and authorize physicians, dentists, and staff, duly licensed as Doctors of Medicine or Doctors of Dentistry or other such licensed technicians or nurses, to perform any diagnostic procedures, treatment procedures, operative procedures and x-ray treatment of the above minor. I have not been given a guarantee as to the results of examination or treatment. I authorize the hospital or medical facility to dispose of any specimen or tissue taken from the above named player

Preferred Doctor:
Known Allergies:

Phone:

Insurance Carrier:
Person Responsible for charges:

Policy Number:

Address:
Phone: Home Work

City/State/Zip
Cell

Person to Notify in parent/guardian unavailable

Signature of
Parent/Guardian_____

Date_____