

El Children's Museum se complace en ofrecer Becas de membresías anuales a familias cuyos ingresos familiares sean inferiores a **\$35,000 al año** (\$40,000 por año para los residentes del condado de Chesterfield), o familias que califiquen para **los beneficios de Virginia SNAP**. La Beca de la membresía anual es posible gracias a la generosidad de los amigos que apoyan el Fondo de Becas del Children's Museum.

Los requisitos para la Beca de la membresía anual del Children's Museum están determinados por los ingresos del hogar, no por los ingresos individuales. Para solicitar la Beca de la membresía anual, se requiere al menos uno de los siguientes documentos de todos los miembros del hogar que tengan 18 años de edad o más y que no pueden ser reclamados como dependientes en su declaración de impuestos más reciente. **Cualquier documentación proporcionada debe ser del año fiscal en curso.**

Los documentos para calificar incluyen:

- La primera página de su declaración de impuestos actual
- Carta de aprobación de beneficios SNAP, la tarjeta EBT, o la tarjeta WIC
- Si vive fuera de la ciudad de Richmond podemos aceptar su carta de aprobación para almuerzo gratis
- Formulario de verificación de socio aprobado que indique la elegibilidad de su beca

**LAS SOLICITUDES SIN LA DOCUMENTACION REQUERIDA
NO SERÁN PROCESADAS**

Por favor envíe toda la información con esta solicitud por fax al (804) 474-7099 o entréguela en la recepción de cualquier sede del Children's Museum de Richmond, atención: Candace Ross.

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del adulto: _____

Nombre del Adulto: _____

Dirección completa: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Por favor enumere a todos los niños que vivan en su hogar, menores de 18 años, que estarán en su membresía anual:

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento

*Si hay más de dos niños, por favor continúe en una página adicional.

*Los complementos como *Nombre de adulto adicional* y *Pase de invitado* no están incluidos las becas de membresías.

¿Cómo se enteró de la solicitud de beca?

Firma: _____ Fecha: _____

Esta firma verifica que usted ha leído y entendido los términos e indicaciones establecidos en este formulario, así como su consentimiento para proporcionar copias de la documentación necesaria.

Para más información, favor de contactar a Candace Ross en cross@cmorva.org.

Children's Museum

OF RICHMOND

Children's Museum of Richmond VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE SOCIO

Yo, _____ (nombre) verifico que

_____ (nombre del
solicitante)

cumple con los criterios de elegibilidad para obtener la beca del Children's
Museum de Richmond con ingresos familiares por debajo de \$35,000/año
(\$40,000/año para los residentes del condado de Chesterfield)

(firma)

(Nombre de la organización y puesto de trabajo)

(fecha)