



DEPARTAMENTO DE PARQUES Y RECREACION
 Oficina: 3700 S. Four Mile Run Drive. Arlington, VA 22206
SOLICITUD DE DESCUENTO
 (Formulario Revisado 2/08/2017)

RecTrac HH#:

Los descuentos aplican **SOLO** para residentes del Condado de Arlington

Nombre del solicitante: _____

Domicilio: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Correo Electrónico: _____

NOTA: Si solicita el descuento para una familia, por favor indique todos los miembros del hogar que dependan financieramente, incluyendo a usted mismo. Si está aplicando individualmente sólo ponga su nombre.

| | Nombre | Fecha de Nacimiento | | Nombre | Fecha de Nacimiento |
|---|--------|---------------------|---|--------|---------------------|
| 1 | | | 5 | | |
| 2 | | | 6 | | |
| 3 | | | 7 | | |
| 4 | | | 8 | | |

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es correcta y verdadera, y que he presentado prueba de mi identidad (licencia de conducir, pasaporte u otra identificación con foto emitida por el Gobierno), prueba de residencia en Arlington (contrato de arrendamiento actual, documento hipotecario o recibo de servicios públicos), prueba de necesidad financiera y TODOS los ingresos han sido reportados. El ingreso anual se define como la suma anual de todos los ingresos por manutención de hijos, Servicios Sociales y otros ingresos. **IMPORTANTE: LOS DESCUENTOS SON VÁLIDOS POR UN AÑO DESDE LA FECHA DE APROBACIÓN. REAPLICAR PERSONALMENTE ANUALMENTE (no faxes o correos electrónicos).**

Firma: _____ Fecha: _____

No escriba bajo esta línea. Es únicamente para uso oficial.

Processor, check current and official document(s) presented with application. Documents must have the name of applicant.

- ___ Current Arlington Public Schools (APS) reduced or free lunch program. (Date of Letter: _____) ___ Reduced ___ Free
- ___ Current Arlington County Department of Human Services (DHS) Women, Infant and Children Program (WIC) card,
- ___ Current Temporary Assistance to Needy Families (TANF) card or Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) letter
- ___ Current Qualifying letter from DHS employee in Child & Family or IDD Services
- ___ Current official Arlington County DHS fee reduction approval
- ___ Current McKinney Vento participant documentation
- ___ Current official Arlington Pediatric Center fee reduction approval documentation
- ___ Current Federal Income Tax returns filed within the last 12 months. (HH size: ____, Gross individual or HH income: _____)
- ___ Current documentation from the Virginia Department of Medical Assistance Services (Medicaid), or US Social Security Administration (Supplemental Security Income (SSI) or Social Security Disability Insurance (SSDI)) demonstrating current eligibility, for individual only
- ___ Current Virginia Employment Commission document demonstrating that one or all of the adult(s) in the household who were generating income are currently receiving unemployment benefits (along with proof of all other forms of income).

If denied, please give explanation:

| | |
|--------------------------|-------------------------|
| PROCESSOR: Printed Name: | APPROVER: Printed Name: |
| PROCESSOR: Location: | APPROVER: Location: |

The approved discount percentage and fee reduction expiration date are listed in the receipt provided to the client at the time of processing this application. Receipt #: _____