



SAN DIEGO



SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA COMPETITIVO

Nombre de Jugador: _____ Entrenador _____ Equipo: _____

Por favor complete la solicitud de abajo e incluya una copia de la primera hoja del formulario 1040 o 1040A de sus impuestos mas recientes. Si no ha sometido sus impuestos, márkelo en la caja adecuada de abajo. Esta solicitud no será considerada para apoyo financiero si no completa los requisitos mencionados e incluye los documentos requeridos.

Formas de pago incluye: Tarjeta de Credito, Tarjeta de Debito, Cheques Personales, Money Orders y, Cheques de Cashiers. **PAGOS EN EFECTIVO NO SE ACEPTARAN.**

La solicitud, el deposito y documentación requerida se **debe entregar no mas tardar de Enero 31, 2018**. Por favor directe todas sus preguntas al Director de Ayuda Financiera, Steve Valencia a: financialaid@lagalaxysd.com o contacte la oficina de LA Galaxy SD a:

LA Galaxy SD Office, Attn: Financial Aid Program
Direccion: 5375 Avenida Encinas, Suite C, Carlsbad, CA 92008 **Telefono:** (760) 434-5600

Anote los nombres de todos los miembros de su hogar, tengan sueldo o no. Si los padres viven separados, cada padre debe de someter una solicitud con su propia documentación. Marque la cantidad del **sueldo anual** de cada miembro del hogar.

Nombre completo del miembro de familia	Relación al jugador (Ejemplo: padre, tio, hermana)	Sueldos antes de los impuestos anuales de empleo- Incluya todos sus empleos (1040 línea7)	Sueldo anual antes de impuestos de jubilación (seguro social)	Cantidad anual de estampillas de comida. Calworks, FDPIR, cantidad de apoyo monetario para el hijo y/o esposa/esposo	Todo otro tipo de ingreso	Ingreso Total (1040 línea22)

- He entregado uno de los siguientes requisitos (A B o C) que refleja mi sueldo actual:
- A) Una copia de la pagina 1 de mis taxes del 2016 (1040) – NO SE ACEPTAN W-2
 - B) O la carta del distrito escolar de participacion de “Lonche Gratis/Reducido” de este año escolar (2017-2018)

He pagado mi deposito

Yo certifico que toda la información es cierta y correcta y que todo sueldo del hogar es reportado. Además entiendo que LA Galaxy SD tiene derecho a pedir más información para verificar. Si no doy la información indicada, resultará en que esta solicitud no se tome en cuenta para recibir apoyo financiero de LA Galaxy SD. LA Galaxy SD debe de recibir la información requerida dentro de siete (7) días. Si no entrego la información correcta o verdadera podrá resultar en acción legal.

Firma del adulto

Fecha

Numero de telefono

Escriba su nombre con letra de molde

Correo Electrónico

Domicilio: Calle

Ciudad

Código Postal

Acuerdo de Ayuda Financiera

Por favor lea las condiciones cuidadosamente y firme el acuerdo abajo.

Yo, _____, como padre o guardian legal del jugador, doy fe y por este medio que
(escriba el nombre del padre o guardian)
toda esta informacion es verdadera y correcta en esta aplicacion de ayuda financiera.

Yo completamente entiendo y estoy de acuerdo que si LA Galaxy SD me da ayuda financiera bajo los terminos de este acuerdo, el jugador que recibe esta ayuda esta de acuerdo que:

- Atendera a todas las practicas y todos los partidos
- Representar El Club en una manera responsable y positiva
- Participar en funciones del equipo y el club y hacerse voluntario cuando lo necesiten

Yo completamente entiendo y estoy de acuerdo que si LA Galaxy SD me da ayuda financiera bajo los terminos de este acuerdo, mi ayuda sera requerida voluntariamente por 10 horas para ayudar al Club.

Yo completamente entiendo que la suma de ayuda financiera varea y solo cubre un maximo de 50% de la registracion despues que se haiga pagado el deposito y los jugadores que reciben ayuda financiera son responsables de comprar su propio uniforme y gastos del equipo y torneos.

En adicion, yo entiendo y estoy de acuerdo completamente que si LA Galaxy SD me da ayuda financiera bajo los terminos de este acuerdo, que cuando ya se ahiga ganado y applicado la ayuda financiera a la registracion del jugador, el aplicante esta de acuerdo de mantenerse registrado con LA Galaxy SD asta que se termine la temporada. La temporada incluye la pos-temporada, y varios torneos del Estado de Cal South.

Yo entiendo completamente y estoy de acuerdo que si el aplicante mencionado abajo se va o se da de baja con LA Galaxy SD, sin inportar la razon antes de la Copa del Estado, la persona mencionada arriba, sea el Padre o Guardian Legal, sera personalmente responsable de pagar cualquier cantidad restante a LA Galaxy SD inmediatamente.

Como Padre o Guardian Legal del aplicante mencionado abajo de ayuda financiera para LA Galaxy SD, yo entiendo completamente y estoy de acuerdo con todos los terminos, condiciones y proviciones que estan en este acuerdo y completamente intiendo y estoy de acuerdo que si no cumplo estos terminos, condiciones y proviciones, resultaran en perdida de toda ayuda financiera, sin inportar si fue clasificada como ganada o no ganada.

Firma de Padre/Guardian Legal del Apicante **(Fecha)**

Escriba el nombre del Padre/Guardian **Nombre del Apicante de Ayada Financiera/Jugador/a**

LA Galaxy SD Use Only

Recommendation by: _____

Recommended _____ Not Recommended _____ LA Galaxy SD Committee - Date _____