



PATH Recreation & Fitness Center  
**POWELL WELLNESS CENTER**  
*Culpeper Wellness Foundation*

## **Programa de Becas**

### **En efecto desde el 1.1.23**

La Fundación Culpeper Wellness, a través de la generosidad de sus donadores, ofrece un número limitado de becas de acondicionamiento físico y recreación para individuos y familias en hogares de bajos recursos, viviendo en los condados de Culpeper, Madison y Orange.

En el Powell Wellness Center, se da prioridad a los interesados que tengan una condición médica documentada y sean referidos por sus médicos para el programa de FitScripts.

El monto de la asistencia de la beca para cada solicitante, será basado en el **ingreso anual bruto del hogar** (antes de impuestos).

Los solicitantes deberán entregar todos los documentos requeridos, incluyendo:

- 1. La aplicación para la beca.**
- 2. Verificación de ingresos del hogar.**
- 3. Referencia del médico para FitScripts (si es el caso).**

La Fundación Culpeper Wellness se reserva el derecho de requerir documentación adicional cuando se considere necesario. Toda la información será confidencial.

Las becas para el programa FitScripts serán otorgadas por la duración del programa (generalmente 8 semanas). Una vez completado el programa, los participantes podrán solicitar una membresía a través de una beca para reducir el costo de su cuota mensual.

Las becas de membresía son otorgadas por un período de 12 meses y pueden ser renovadas o canceladas a discreción de la administración. Los becarios de membresía deberán usar las instalaciones en promedio dos veces por semana para mantener la beca. **La falta de uso resultará en la cancelación de la beca.** Se podrán hacer excepciones debido a enfermedades o alguna otra circunstancia extenuante. El uso de las instalaciones es revisado cada tres meses. Se aplicarán todos los términos y condiciones incluidos en el Acuerdo de Membresía.

Las becas de recreación incluyen muchos programas ofrecidos en el PATH Recreation & Fitness Center. No son aplicables a rentas, fiestas de cumpleaños, entrenamiento personal, programas que, aunque se ofrezcan en alguna de las instalaciones de Culpeper Wellness Foundation, sean administrados por alguna otra empresa, o programas específicos asignados por la organización.

Las aplicaciones serán procesadas en un período de 4 semanas, y se le hará saber la decisión por teléfono o correo electrónico. La disponibilidad de becas no está garantizada.

Las aplicaciones y documentación requerida deberá ser enviada por correo electrónico a [info@culpeperwellnessfoundation.org](mailto:info@culpeperwellnessfoundation.org) o entregada en persona en Powell Wellness Center o PATH Recreation & Fitness Center.

# APLICACIÓN PARA BECA

para POWELL WELLNESS CENTER y PATH RECREATION AND FITNESS CENTER

## INFORMACIÓN PERSONAL:

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR (si aplica):

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN:

\_\_\_\_\_  
TELÉFONO / CELULAR:

\_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRÓNICO:

INGRESO ANUAL TOTAL DEL HOGAR: \_\_\_\_\_

## SE DEBEN ENTREGAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS JUNTO CON ESTA APLICACIÓN:

· Copia más reciente y firmada de las declaraciones de impuestos de los adultos empleados en el hogar Y:

· Un mes de talones de pago recientes para todos los adultos empleados.

Si trabaja por cuenta propia, complete la forma de Ingreso en Efectivo.

Si recibe algún otro ingreso, como discapacidad, seguridad social, manutención de niños, desempleo, etc. se deberá proporcionar documentación.

Si no recibe ingreso, y alguien le provee apoyo económico como comida y un lugar para vivir, necesita completar y notarizar una Carta de Apoyo.

## INFORMACIÓN DE TODAS LAS PERSONAS VIVIENDO EN EL HOGAR:

PADRE/MADRE/ADULTO/TUTOR:      FECHA DE NACIMIENTO:

\_\_\_\_\_  
PADRE/MADRE/ADULTO/TUTOR:      FECHA DE NACIMIENTO:

\_\_\_\_\_  
OTRO(S) DEPENDIENTE(S):      EDAD(ES):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MENOR DE EDAD:      FECHA DE NACIMIENTO:

\_\_\_\_\_  
MENOR DE EDAD:      FECHA DE NACIMIENTO:

\_\_\_\_\_  
MENOR DE EDAD:      FECHA DE NACIMIENTO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ESTOY APLICANDO PARA:

- FITSCRIPTS
- Powell Wellness Center - MEMBRESÍA TODO ACCESO
- PATH Fit/Rec Center - SOLO ACONDICIONAMIENTO
- PROGRAMA(S) RECREATIVO(S)
- COSTO DEL PROGRAMA AL QUE APLICA: \_\_\_\_\_

## PARA USO DE LA OFICINA:

FECHA DE RECEPCIÓN: \_\_\_\_\_

PROGRAMA / MEMBRESÍA: \_\_\_\_\_

CUOTA DE BECA: \_\_\_\_\_

CANTIDAD: \_\_\_\_\_

CUOTA A PAGAR: \_\_\_\_\_

FECHA DE REVISIÓN: \_\_\_\_\_