

Beca Catherine's Caring Hands

Por los últimos 20 años, Directora del Departamento de Parques Y Recreaciones, Catherine Moretta, fue inquebrantable y firme en su diligente servicio a los ciudadanos de Manassas Park. Catherine ejemplificó lo que significa ser un sirviente público y permitió que no solo su palabra, sino también sus acciones, demostraran su dedicación continua y su compromiso a la comunidad local. Ella creyó firmemente que todos los individuos deben tener la oportunidad de ser activos. En particular, Catherine firmemente creía en proveer oportunidades para la gente en la comunidad con familias que se encuentren con limitaciones financieras.



El deseo de Catherine de ayudar a los necesitados no se ignoró. En Jueves, 7 de julio, 2015, durante un evento de Celebración de Vida honorando el legado de Catherine, Jamie y Patty Baisden de QMT Windchimes anunciaron la formación de la Beca de Catherine's Caring Hands. Inspirada por el cariño a la comunidad y espíritu humanitario, QMT Windchimes, en conjunto con otros negocios locales y donadores individuales, graciosamente donaron fondos anualmente para proveer asistencia financiera para la gente en la comunidad que necesitan más. La beca de Catherine's Caring Hands es un testamento del acto noble que Catherine cumplió en los años, y servirá como recuerdo del impacto positivo que siempre tendrá en la comunidad de Manassas Park.

Para calificar al programa de beca Catherine's Caring Hands, el individuo deberá cumplir con los siguientes criterios:

1. Recibir asistencia por uno o más de los siguientes:
 - a. Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)
 - b. Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
 - c. Cuidado Tutelar
 - d. Programa Gratis/Reducido de Almuerzo
 - e. Otro*
2. Vivir en la ciudad de Manassas Park
3. Comprometerse con asistir al programa en su totalidad

*Especial consideración se hará sobre una base de caso por caso para las personas que no cumplan con los requisitos anterior, pero que puedan demostrar una necesidad legítima de asistencia financiera.

Las solicitudes serán aceptadas en forma permanente y deben ser dejados en la recepción del centro de comunidad a la atención de Jay Swisher y Amelia Powell. Documentación verificando los criterios de elegibilidad anteriores deben ser entregados con la aplicación con el fin de obtener una beca. Un panel de Parques y Recreación revisará todas las aplicaciones/documentos de apoyo y, posteriormente estarán en contacto con los solicitantes de su estado dentro de los cinco días de la entrega de la aplicación. Los solicitantes pueden aplicar para varios programas. Sin embargo el número de becas que el solicitante se le otorgara se basa en la discreción del panel.

En Caso de otorgada la beca, las familias serán responsables de 10% del costo del programa (tarifa de residente) dentro de los 10 días de la oferta de beca. No asistir a un programa en su totalidad puede prohibir los solicitantes de la participación en el programa de becas del departamento en el futuro.

Para cualquier persona que desee donar al Fondo de Becas de Catherine's Caring Hands, envíe las donaciones a: la Oficina del Tesorero de la Ciudad de Manassas Park, Atención: Catherine's Caring Hands, 1 Park Center Ct, Manassas Park, VA 20111.

Supported by Novant Health UVA Health System Prince William Medical Center Foundation

Descargo de Responsabilidad: Becas de Catherine's Caring Hands no está afiliado con el presupuesto de la Ciudad de Manassas Park y está estrictamente fundada por donaciones privadas. La Ciudad no contribuye fondos a este programa. Catherine's Caring Hands no paga ningún costo administrativo o otros costos, el 100 % de lo recaudado se utiliza para proporcionar acceso al programa a los jóvenes de la ciudad.

www.ManassasParkCommunityCenter.com
99 Adams Street, Manassas Park, Va 20111
Teléfono: 703.335.8872

Aplicacion de Beca

Nombre Completo: _____ Fecha De Nacimiento: _____
Apellido Primer Nombre Inicial de Segundo Nombre

Dirección: _____
Dirección de Calle Apartamento/#Unidad

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Alternativo: _____ Genero: _____

Médicos/Alergias/Medicamentos: _____

Programa: _____ # Actividad: _____

Padre/Guardián (si el solicitante es menor de edad)

Nombre Completo: _____ Fecha De Nacimiento: _____
Apellido Primer Nombre Inicial de Segundo Nombre

Correo Electrónico: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Solicitantes Por Primera Vez

Contacto Emergencia: _____ Relación: _____
Nombre Teléfono

Contacto Emergencia: _____ Relación: _____
Nombre Teléfono

Solo Para Uso de Oficina

Date Received: _____ Approval: Y N

Reasoning: _____

Panel Members: _____

Regular Program Fee: _____ Adjusted Rate: _____

Manager Signature: _____ Date: _____