



# INSTRUCCIONES PARA BECA

Por favor lea cuidadosamente y siga las instrucciones paso a paso para completar su solicitud para beca.

**Nota: El completar la solicitud no garantiza ayuda. Las becas se otorgarán basándose en, recursos, puntualidad, espacio disponible y si reúne los requisitos.**

1. Llene los formularios para Solicitud de Membrecía y Solicitud para Beca
2. Adjunte la verificación de ingresos a estos formularios. Las siguientes formas de verificación son aceptables: comprobante del programa de almuerzo gratuito o a precio reducido, declaraciones de desempleo, las dos primeras páginas de su Declaración de Impuestos (Federal Tax return), o estados de cuenta de Seguro Social (Social Security).
3. Envíe ambos formularios con la verificación de ingresos al domicilio al pie de la página. Usted también los puede entregar personalmente en la recepción de el Jones Center.
4. A usted se le notificará sobre la oportunidad para su beca por teléfono o por correo. Por favor sea paciente. Puede tardarse hasta 2 semanas para recibir una notificación.
5. Cuando usted reciba de el Jones Center, la verificación de su beca, le haremos una cita para que usted venga a terminar el proceso de membrecía. Usted debe venir dentro de los primeros 15 días de haber recibido la notificación de la beca. Después de esa fecha, nuestra oferta se considerará nula.
6. **Utilice sólo tinta negra o azul.**
7. Es la beca solicitada para:  **Membresía** o  **Actividad**

## **The Jones Center**

Attn: Membership Director  
922 E. Emma Ave  
Springdale AR 72764  
479-756-8090



# Formulario de Convenio de Beca

## El Programa de Becas del Jones Center

*El Jones Center se complace en proveer un programa de becas integral para ayudar a otorgar acceso a las instalaciones y a los programas que allí se realizan. El Jones Center está comprometido en proporcionar a los visitantes y a los residentes regionales el acceso a instalaciones y servicios de alta calidad. Reconociendo que el noroeste de Arkansas representa una comunidad diversa con familias de todos los niveles socioeconómicos.*

1. El no usar su membresía en el Jones Center puede provocar a que se descontinúe la asistencia de Beca.
2. **Las Becas son válidas por 12 meses desde su aprobación.** Reaplicación será requerida al final del período de la beca y el uso continuo dependerá de la información financiera y la frecuencia de uso previo en el The Jones Center. Adjunte las dos primeras páginas de sus formularios de impuestos más recientes y una forma más de verificación. Esta verificación puede ser cualquier cosa que involucre un programa asistido por el gobierno como ARKids, Medicaid y / o programas de almuerzo gratis y reducido. También puede adjuntar cualquier forma de verificación de que está afiliado a cualquier programación, como Arkansas Support Network.
3. Todas las becas son confidenciales. Los solicitantes acuerdan no hablar sobre las becas con otras personas.
4. **Por favor firme de que entiende y acepta los términos del Programa de Becas de el Jones Center.**
5. **Al firmar este acuerdo, estoy declarando que toda esta información es verdadera y precisa.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

**Por favor, utilice el siguiente espacio para escribir una breve composición sobre por qué merece una beca Y cómo la usará.**

---

---

---

---

---



# Solicitud de Beca

## Sección I - INFORMACION DEL SOLICITANTE

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
 C.P \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa \_\_\_\_\_  
 celular \_\_\_\_\_ correo electrónico \_\_\_\_\_

## Sección II - OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA

Proporcione los datos de todas las personas que estén incluidas en su declaración de impuestos\*

NOMBRE	EDAD	SEXO	PARENTESCO CON EL SOLICITANTE

\*Los miembros de la familia adicionales se pueden apuntar al reverso de esta página.

## Sección III - FINANZAS FAMILIARES

Total del ingreso mensual por hogar de TODAS LAS PERSONAS que estén incluidas en su declaración de impuestos \$ \_\_\_\_\_

Fuentes de ingreso/Ayuda:

Sueldo bruto de su(s) trabajo(s) \$ \_\_\_\_\_

Manutención de menores/Pensión alimenticia \$ \_\_\_\_\_

Incapacidad \$ \_\_\_\_\_ Vales de comida \$ \_\_\_\_\_

Otras (por favor mencione) \_\_\_\_\_

*Esta solicitud y la documentación de ingresos requerida es información confidencial y será usada para hacer recomendaciones de becas por el director de membresías.*

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### SOLO PARA USO DE LA OFICINA

DATE RECEIVED \_\_\_\_\_ RECIEVED BY \_\_\_\_\_

Amount to be paid by participant: \_\_\_\_\_ Amount to be paid by TJC \_\_\_\_\_

APPROVED \_\_\_\_Y OR \_\_\_\_N

# SOLICITUD DE MEMBRECIA

EL JONES CENTER TOMARA EN CONSIDERACION A TODOS LOS SOLICITANTES SIN IMPORTAR RAZA, RELIGION, COLOR, SEXO, EDAD, NACIONALIDAD DE ORIGEN, DISCAPACIDAD O CUALQUIER OTRO ESTATUS PROTEGIDO. SIN EMBARGO, SIGUIENDO EL LEMA DE LA SRA. BERNICE JONES; "TODOS QUIENES SE COMPORTEN COMO DAMAS Y CABALLEROS SON BIENVENIDOS", EL JONES CENTER SE RESERVA EL DERECHO DE EXCLUIR USUARIOS QUIENES SE COMPORTEN DE UNA MANERA QUE CONSIDERE INAPROPIADA. LAS CUOTAS POR MEMBRECIA NO SON REEMBOLSABLES NI TRANSFERIBLES.

## MEMBRECIA INDIVIDUAL

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> FITNESS/Adulto - \$8/mes o \$90/año                            | <input type="checkbox"/> TODO ACCESO/Adulto - \$17/month o \$200/year                            |
| <input type="checkbox"/> FITNESS/Niño(a) (edad 0-17) - \$35/año                         | <input type="checkbox"/> TODO ACCESO/Niño(a) (edad 0-17) - \$11/mes o \$125/año                  |
| <input type="checkbox"/> FITNESS Personas de la tercera edad (65+) - \$7/mes o \$80/año | <input type="checkbox"/> TODO ACCESO Personas de la tercera edad (65+) - \$12.50/mes o \$150/año |
| <input type="checkbox"/> SILVER SNEAKERS (si es aplicable) _____                        |  |

## MEMBRECIA POR FAMILIA

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> FITNESS - \$16/mes o \$180/año                                     | <input type="checkbox"/> TODO ACCESO - \$25/mes o \$300/año                                   |
| <input type="checkbox"/> FITNESS Personas de la tercera edad (65+) - \$9.50/mes o \$110/año | <input type="checkbox"/> TODO ACCESO Personas de la tercera edad (65+) - \$21/mes o \$250/año |

Una membresía del gimnasio incluye acceso ilimitado al gimnasio, pista para caminar y clases de ejercicio. Una membresía de Acceso-Total le permite acceso a todos los servicios del gimnasio y clases de ejercicio, además de acceso ilimitado a nuestras piscinas y pista de patinaje sobre hielo (durante las sesiones públicas) **Tenga en cuenta que hay un cargo no reembolsable de \$ 10 por iniciación de la facturación mensual. UTILICE ÚNICAMENTE TINTA AZUL O NEGRA. La membresía no es reembolsable e intransferible a menos que se realicen actualizaciones.**

## MIEMBRO PRINCIPAL (mayor de 18)

Nombre \_\_\_\_\_ Número telefónico \_\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

Dirección \_\_\_\_\_ No. telefónico secundario \_\_\_\_\_  
NO. CALLE APT

\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
CIUDAD ESTADO C.P. MES/DIA/AÑO

hispano(a)/latino(a)    blanco(a) (no hispano(a))    de raza negra/afroamericano(a)    Hombre

hawaiano(a)/de las Islas del Pacífico    oriental    indígena norteamericano(a)/ indígena de Alaska    Mujer

correo electrónico \_\_\_\_\_ Programa de bienestar Corporativo (si es aplicable)

Lugar de empleo \_\_\_\_\_  Oro    Plata    Bronce

En caso de enfermedad o lesión, El Jones Center está autorizado en procurar tratamiento médico de emergencia a cuenta del miembro. Proporcione los datos de la persona a quien podemos contactar en caso de una emergencia:

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Número telefónico \_\_\_\_\_

Total del ingreso anual por hogar (incluya: Seguro Social, Manutención de menores, Pensión alimenticia, Pensiones)

- menos de \$24,000    de \$24,001 a \$48,000    de \$48,001 a \$60,000    de \$60,001 a \$80,000
- más de \$80,000    Solicitud de Beca (Se requiere verificación)

## ACUERDO DE SUPRESIÓN

Entiendo que el uso de las instalaciones y equipos del Jones Center puede implicar riesgo de daños a la propiedad o lesiones corporales, incluyendo, pero no limitado a, los miembros rotos, parálisis, conmoción cerebral, ahogamiento, o incluso la muerte, y en consideraciones a mi uso de la instalación yo, mis herederos, representantes, ejecutores, administradores, y asigna POR ESTE MEDIO, indemnizar y mantener indemne a los del Jones Center, sus directores, empleados, voluntarios y participantes de cualquier curso de acción, reclamo, o demanda, incluyendo, pero no limitado a, negligencia, lesiones personales, daños a la propiedad, la muerte o un accidente de cualquier tipo, que surja de o en cualquier relación con el uso de las instalaciones del Jones Center. Reconozco que mi uso del Jones center es completamente voluntario, y asumiendo todo el riesgo que viene con el uso de la instalación, ya que he leído este acuerdo en su totalidad.

## TÉRMINOS DE LA MEMBRESÍA

- + Entiendo que los miembros pueden ser fotografiados por la posibilidad de ser utilizado para la publicidad y le doy los derechos exclusivos de estas fotos al Jones Center y renuncio a todos los reclamos de indemnización por el uso.
- + Pagos de membresía mensuales se basan en un contrato anual.
- + Un niño debe tener 12 años o más para el uso del equipo del gimnasio y 16 años o más para el uso sin supervisión de los padres.
- + La membresía no es reembolsable y un mínimo de 12 meses. La facturación es continua. El coordinador de la membresía debe ser notificado antes del 15 del mes anterior para cancelar su membresía

**MEMBRECIA POR FAMILIA:** Los miembros de la familia deben estar en su declaración de impuestos del miembro principal

### MIEMBRO SECUNDARIO (mayor de 18)

Nombre \_\_\_\_\_ Número telefónico \_\_\_\_\_  
APELLIDO      NOMBRE      SEGUNDO NOMBRE

Dirección \_\_\_\_\_ No. telefónico secundario \_\_\_\_\_  
NO.      CALLE      APT

\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
CIUDAD      ESTADO      C.P.      MES/DIA/AÑO

hispano(a)/latino(a)    blanco(a) (no hispano(a))    de raza negra/afroamericano(a)

hawaiano(a)/de las Islas del Pacífico    oriental    indígena norteamericano(a)/  
indígena de Alaska

Hombre  
 Mujer

correo electrónico \_\_\_\_\_ Lugar de empleo \_\_\_\_\_

### NIÑOS

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
MES/DIA/AÑO

hispano(a)/latino(a)    blanco(a) (no hispano(a))    de raza negra/afroamericano(a)

hawaiano(a)/de las Islas del Pacífico    oriental    indígena norteamericano(a)/  
indígena de Alaska

¿Reúne este niño(a) los requisitos para el programa de almuerzo gratuito o a precio reducido?    Sí    No

¿Participa este niño(a) en el programa AR kids?    Sí    No

Escuela \_\_\_\_\_    Niño    Niña

### NIÑOS

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
MES/DIA/AÑO

hispano(a)/latino(a)    blanco(a) (no hispano(a))    de raza negra/afroamericano(a)

hawaiano(a)/de las Islas del Pacífico    oriental    indígena norteamericano(a)/  
indígena de Alaska

¿Reúne este niño(a) los requisitos para el programa de almuerzo gratuito o a precio reducido?    Sí    No

¿Participa este niño(a) en el programa AR kids?    Sí    No

Escuela \_\_\_\_\_    Niño    Niña

### NIÑOS

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
MES/DIA/AÑO

hispano(a)/latino(a)    blanco(a) (no hispano(a))    de raza negra/afroamericano(a)

hawaiano(a)/de las Islas del Pacífico    oriental    indígena norteamericano(a)/  
indígena de Alaska

¿Reúne este niño(a) los requisitos para el programa de almuerzo gratuito o a precio reducido?    Sí    No

¿Participa este niño(a) en el programa AR kids?    Sí    No

Escuela \_\_\_\_\_    Niño    Niña