

**CIUDAD DE LOS ANGELES DEPARTAMENTO DE PARQUES Y RECREACIONES  
COMMUNITY DEVELOPMENT BLOCK GRANT (CDBG)  
FORMA DE AUTO-CERTIFICACION 2011**

Se requiere información sobre el ingreso anual familiar para determinar la elegibilidad del cliente para recibir los servicios públicos patrocinados por La Ciudad De Los Angeles, a través del Programa de Desarrollo para la comunidad (CDBG). Cada cliente deberá indicar el número de personas en su familia, después circule el recuadro que contiene la cantidad de su nivel de ingreso anual familiar. La información proveída esta sujeta a verificación por la agencia que provee los servicios, El Departamento de Alojamiento y Desarrollo Urbano de Los Estados Unidos. (HUD), y/o La Ciudad de Los Angeles.

Nota: "Ingreso" es el total de ingreso anual de todos los miembros de la familia hasta la fecha que la ayuda federal es proporcionada. Todo el ingreso de todas las personas en la familia deberán ser incluidas en la calculación del ingreso familiar aunque los miembros de la familia reciban ayuda. Fuentes adicionales de ingreso y la cantidad esperada durante el periodo de ayuda federal deberá ser incluida en esta calculación del ingreso anual familiar.

**Guía de Ingresos CDBG 2011**

**Circule el recuadro que corresponda:**

Integrantes de su Familia	Ingreso de su Familia Anual	Ingreso de su Familia Anual
1 Persona	\$0 - \$47,850	\$47,851+
2 Personas	\$0 - \$54,650	\$54,651+
3 Personas	\$0 - \$61,500	\$61,501+
4 Personas	\$0 - \$68,300	\$68,301+

Integrantes de su Familia	Ingreso de su Familia Anual	Ingreso de su Familia Anual
5 Personas	\$0 - \$73,800	\$73,801+
6 Personas	\$0 - \$79,250	\$79,251+
7 Personas	\$0 - \$84,700	\$84,701+
8 Personas	\$0 - \$90,200	\$90,201+

**Raza (Marque uno de las siguientes 10 categorías):**

**Grupo Étnico (Marque uno):**

Indio Americano o Nativo de Alaska	
Asiatico	
Negro o Afro-Americano	
Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacifico	
Blanco	

Indio Americano o Nativo de Alaska y Blanco	
Asiatico y Blanco	
Negro/Afro-Americano y Blanco	
Indio Americano/Nativo de Alaska y Negro/Afro-Americano	
Otro	

Hispano / Latino	
No Hispano / Latino	

**Declaración del Participante:** Yo certifico que la información proveída en esta forma es precisa y completa, y que soy un residente de la Ciudad De Los Angeles. Yo reconozco que para ser elegible para los servicios patrocinados a través del Programa CDBG es necesario tener un nivel de ingreso familiar anual que califique o pertenecer a un grupo que sea presuntamente de Ingreso bajo o moderado, y que los niveles de ingreso y/o el status que he indicado es esta auto-certificación puede ser sujeta a una verificación mas detallada por la agencia que provee estos servicios, La Ciudad de Los Angeles y/o HUD. Yo reconozco que proveer información falsa podría ser causa de descalificación del programa. Yo, por lo tanto autorizo tal verificación y proveeré documentos adicionales si fuesen requeridos.

**Consentimiento de Padre:** Yo le doy permisión a mi hijo/a, cual está nombrado, ha participar en la programa de L.A. Kids. Autorizo la Ciudad hacer, procurar o utilizar fotografías, películas, grabaciones u otros imágenes físicos y/o de voz cuales sean necesarios para uso con la materia de publicidad del programa a perpetuidad y sin compensación. Estoy de acuerdo considerar la Ciudad de Los Angeles, Departamento de Recreación y Parques, oficiales, agentes, empleados y co-patrocinadores inofensivos por cualquier herida a mi hijo/a cual resulte de la participación en la Academia de Deportes. **Entiendo que la Ciudad de Los Angeles no carga aseguranza.** También entiendo que la programa de L.A. Kids reserve el derecho despedir a un participante por cualquier conducto perjudicial al programa.

**AUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO DE UN MENOR EN UN HOSPITAL AUTORIZADO EN CASO DE EMERGENCIA, ENFERMEDAD O ACCIDENTE:** Yo(nosotros), (los) padre(s) abajo firmante(s) del menor, cuyo es nombrado, autorizo la programa de L.A. Kids como agente para el abajo firmante para consentir a cualquier examen de radiografía, anestésico, el diagnostico médico o quirúrgico, o el tratamiento y atención que se cree aconsejable, cual deberá ser rendido baja la supervisión general o especial de cualquier médico o cirujano licenciado bajo la provisión del Acto de la Práctica Médica cual es parte del personal médico de un hospital licenciado si tal diagnóstico o tratamiento se rinde en la oficina del médico o en el hospital. Se entiende que esta autorización se rinde en avance de algún diagnóstico específico, el tratamiento o atención médica requerida pero se da a proporcionar la autoridad y el poder en la parte de los agentes referidos para dar el consentimiento específico a cualquier y todo diagnóstico, tratamiento o atención médica que el médico referido ejercite de su mejor juicio ser aconsejable.

**Nombre del Participante** (Letra de molde): \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_ **Sexo:** M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

**Domicilio** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfono** \_\_\_\_\_ **Emergencia Teléfono** \_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

-----STAFF USE ONLY-----

Recreation Center

Region

District

- OFF TRACK YOUTH ENRICHMENT PROGRAM:  
 L.A. KIDS CLASSES (√ session and list classes below):

- 3-Track (Concept 6)     4-Track (90/30)     Single Track  
 Spring                       Summer                       Fall                       Winter

Class Title	Day	Time

Class Title	Day	Time

Staff Name: \_\_\_\_\_ Staff Name (Signature): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_