



**BOYS & GIRLS CLUBS
OF SONOMA VALLEY**

BGCSV SCHOLARSHIP APPLICATION

This application must be completed for consideration to receive a scholarship for programs with the Boys & Girls Clubs of Sonoma Valley. The information provided will be kept confidential. We may use for statistics only (no names) for the purposes of funding/grant requirements.

(1) Member Name: _____

Birth Date: _____ Age: _____ Male Female Other

School: _____ Grade (2024/2025): _____

(2) Member Name: _____

Birth Date: _____ Age: _____ Male Female Other

School: _____ Grade (2024/2025): _____

(3) Member Name: _____

Birth Date: _____ Age: _____ Male Female Other

School: _____ Grade (2024/2025): _____

(4) Member Name: _____

Birth Date: _____ Age: _____ Male Female Other

School: _____ Grade (2024/2025): _____

1) Parent / Legal Guardian Name: _____ **Relationship:** _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____

Employer: _____ Work Phone: _____

2) Parent / Legal Guardian Name: _____ **Relationship:** _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____

Employer: _____ Work Phone: _____

Member Lives with:

Mother Only Father Only Both Parents Foster Care Grandparents Group Home Homeless

Other (Specify) _____

Number of People in Household: _____ **Number of People in Household Under 18:** _____

Annual Household Income:

\$22,000 or below \$22,001-32,000 \$32,001-42,000 \$42,001-52,000 \$52,001-62,000 \$62,001-72,000 \$72,000+

Circle Programs You Use:

TANF/Food Assistance SSDI General Assistance School Lunch Program Veterans Compensation Migrant Education

Additional Documentation May Be Requested

Does your Member(s) have Childcare processed through 4C's? Yes No

Does your Member(s) have a Mentor through Sonoma Valley Mentoring Alliance? Yes No

Mentor Name: _____ Phone: _____

***Reason for Requesting Financial Aid/Scholarship (Please be specific):**

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Print Name: _____

DO NOT COMPLETE: CLUB USE ONLY:

Determining Officials Signature: _____ **Date:** _____

Scholarship: Summer Camp: _____ School Year: _____ Athletics: _____

Membership Manager: Erika Reyes | 707.938.8544 ext.102 | ereyes@bgcsonoma.org



**BOYS & GIRLS CLUBS
OF SONOMA VALLEY**

APLICACIÓN PARA BECA DE BGCSV

Esta solicitud debe estar completa para su consideración para recibir una beca para programas con el Boys & Girls Clubs of Sonoma Valley. La información proporcionada se mantendrá confidencial. Sólo será usada para estadísticas (sin nombres) para los requisitos de financiamiento/subvención.

(1) Nombre del miembro: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Masculino Femenina Otra/o

Escuela: _____ Grado (2024/2025): _____

(2) Nombre del miembro: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Masculino Femenina Otra/o

Escuela: _____ Grado (2024/2025): _____

(3) Nombre del miembro: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Masculino Femenina Otra/o

Escuela: _____ Grado (2024/2025): _____

(4) Nombre del miembro: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Masculino Femenina Otra/o

Escuela: _____ Grado (2024/2025): _____

1) Nombre de Padre/Guardián Legal: _____ **Relación:** _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Celular: _____

Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: _____

2) Nombre de Padre/Guardián Legal: _____ **Relación:** _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Celular: _____

Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: _____

El Miembro Vive Con:

Solo Madre Solo Padre Ambos Padres Cuidado de Crianza Abuelos Grupo Hogar Sin Hogar

Otro (Especificar) _____

Número de personas en el Hogar: _____ **Número de personas en el Hogar menores de 18 años:** _____

Ingreso Anual del Hogar:

\$22,000 o menos \$22,001-32,000 \$32,001-42,000 \$42,001-52,000 \$52,001-62,000 \$62,001-72,000 \$72,000+

Circula Programas que utiliza:

Estampillas de Comida Asistencia General Programa de Comida Gratuita de Escuela Educación para Migrantes

Se solicitará documentación adicional

¿Su Miembro(s) tiene(n) Cuidado de Niño/a(s) procesado a través de 4C's? Sí No

¿Su Miembro(s) tiene(n) un Mentor a través de Sonoma Valley Mentoring Alliance? Sí No

Nombre del Mentor: _____ Número de Teléfono: _____

***Razón por Solicitar la Beca (Por favor, sea específico):**

Firma de Padre/Gurdián: _____ Fecha: _____

Nombre Escrito: _____

NO COMPLETAR: SOLO PARA USO DEL CLUB:

Firma Determinación de Funcionario: _____ **Fecha:** _____

Beca: Campamento de Verano: _____ Año Escolar: _____ Atletismo: _____

Directora de Membresía: Erika Reyes | 707.938.8544 ext.102 | ereyes@bgcsonoma.org