



Kamp Kiwanis®

Financial Aid Application 2023

9020 Kiwanis Rd, Taberg, NY 13471 Tel: (315) 336-4568
 www.kampkiwanis.org kamp@kampkiwanis.org
 Send missing pieces to: applications@kampkiwanis.org



Office Use Only:	
Date received:	_____
Fee received:	_____
Family billed:	_____
CD Approval:	_____
\$ Approved:	_____
Club:	_____
Registered:	_____

MUST BE SUBMITTED NO LATER THAN TWO WEEKS PRIOR TO THE REQUESTED SESSION

Please attach this form to your application form and include a non-refundable \$25 application fee. The \$25 fee is per family and not per child applying. Fee must be sent in the form of a Money Order or Cashier Check. No personal checks will be accepted. **Applications can not be considered unless the application fee is included with the application.** Kamp Staff will contact you once your application has been successful.

The information you provide on this form will be kept strictly confidential. However, names of recipients may be given to the sponsoring Kiwanis Club or Agency that defrays the cost of the campership. Only one application is required for each family, but it must be attached to each Kamp application. Camperships may NOT provide the entire camp fees.

FAMILY AND CHILD INFORMATION

Kamper Name 1: _____ Age: _____ Week: _____ Gender: M / F

Kamper Name 2: _____ Age: _____ Week: _____ Gender: M / F

Parent/Guardian Name(s): _____ Phone: _____

Address: _____ City/Town: _____ Zip: _____

Email: _____ Other Phone: _____

FAMILY FINANCIAL INFORMATION

How many family members are in your household including parents and guardians: _____

What is your family's combined Net (take home) annual income: _____

AFDC/Welfare/Food Stamps/Foster Care Number: YES/NO _____

Are you a Military Family? YES/NO Active: YES/NO Stationed: _____ Branch of Military? _____

Are there any recent financial events we should be aware of? YES / NO If so, Please explain and you may continue on back: _____

Why are you applying for aid?(please explain thoroughly, you may continue on the back of this page or attach additional pages): _____

KAMPERSHIP ASSISTANCE

A) No. of children you are requesting to come to Kamp: _____ x \$525.00 = (A)\$ _____

B) No. of children riding the bus: _____ x \$180.00 = (B)\$ _____

C) Please calculate the **Total Cost** for your family. (A+B=C)\$ _____

D) Are you able to provide a partial payment towards the cost of your family attending Kamp? (This does not include the \$25 application fee) YES/NO **Please send this amount.** (D)\$ _____

E) Total amount requested. Total Cost (C), minus your contribution (D) equals (E) (C-D=E)\$ _____

As the parent or guardian of the above named individual(s), I certify that he/she needs the financial aid requested.

Parent Guardian Signature: _____ Date: _____

Continued—Why you are applying:



Kamp Kiwanis®

Solicitud de Ayuda Financiera 2023

9020 Kiwanis Rd, Taberg, NY 13471 Tel: (315) 336-4568
 www.kampkiwanis.org kamp@kampkiwanis.org Enviar piezas faltantes a
 applications@kampkiwanis.org



Office Use Only:
 Date received: _____
 Fee received: _____
 Family billed: _____
 CD Approval: _____
 \$ Approved: _____
 Club: _____
 Registered: _____

DEBE PRESENTARSE A MÁS TARDAR DOS SEMANAS ANTES DE LA SESIÓN SOLICITADA
Adjunte este formulario a su formulario de solicitud e incluya una tarifa de solicitud no reembolsable de \$25. La tarifa de \$25 es por familia y no por niño que solicita. La tarifa debe enviarse en forma de giro postal o cheque de caja. No se aceptarán cheques personales. Las solicitudes no pueden ser consideradas a menos que la tarifa de solicitud esté incluida con la solicitud. El personal de Kamp se comunicará con usted una vez que su solicitud haya sido exitosa.

La información que proporcione en este formulario se mantendrá estrictamente confidencial. Sin embargo, los nombres de los beneficiarios se pueden dar al club o agencia Kiwanis patrocinador que sufragó el costo de la beca kamper. Solo se requiere una solicitud para cada familia, pero debe adjuntarse a cada solicitud de Kamp. Es posible que Kampships NO proporcione la total-

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA Y DEL NIÑO

Nombre de Kamper 1: _____ Edad: _____
 Semana: _____ Sexo: M / F
 Nombre de Kamper 2: _____ Edad: _____
 Semana: _____ Sexo: M / F
 Nombre del padre/tutor: _____ Teléfono: _____
 Dirección: _____ Ciudad/Pueblo: _____
 Código postal: _____
 Correo electrónico: _____
 Otro teléfono: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA DE LA FAMILIA

Cuántos miembros de la familia hay en su hogar, incluidos los padres y tutores: _____ ¿Cuál es el neto combinado de su familia (llevar a casa) ingreso anual: _____ AFDC/Bienestar/Estampillas de comida/Cuidado de crianza Número: SÍ/NO _____
 ¿Es usted una familia militar? SÍ/NO Activo: SÍ/NO Estacionado: _____
 ¿Rama de las Fuerzas Armadas? _____
 ¿Hay algún evento financiero reciente que debamos tener en cuenta? SÍ / NO Si es así, explique y puede continuar en el reverso:

¿Por qué está solicitando ayuda? (explique detalladamente, puede continuar en el reverso de esta página o adjuntar páginas adicionales):

ASISTENCIA de KAMPERSHIP

- A) Número de niños que solicita para venir a Kamp: _____ x \$525.00 = (A)\$ _____
 B) Número de niños que viajan en el autobús: _____ x \$180.00 = (B)\$ _____
 C) Calcule el costo total para su familia. (A+B= C)\$ _____
 D) ¿Puede proporcionar un pago parcial del costo de la asistencia de su familia a Kamp? (Esto no incluye la tarifa de solicitud de \$25) SÍ/NO Envíe esta cantidad. (D)\$ _____
 E) Cantidad total solicitada. Costo total (C), menos su contribución (D) es igual a (E) (CD=E)\$ _____

Como padre o tutor de la(s) persona(s) nombrada(s) arriba, certifico que él/ella necesita la ayuda económica solicitada.

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Continuación—Por qué está solicitando: