

Family Access Membership Application

I'm a new member I was a member before

Primary adult (Parent or Legal Guardian):

Legal name _____

Spouse/partner _____

Cell _____

Email _____

Address _____

City _____ State _____ Zip _____

List the names and birthdates (month/day/year) of the dependents of the primary adult & partner/spouse:

Child 1 _____ DOB ____/____/____

Child 2 _____ DOB ____/____/____

Child 3 _____ DOB ____/____/____

Child 4 _____ DOB ____/____/____

How did you hear about this program?

What is your ethnicity?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asian | <input type="checkbox"/> Black or African American |
| <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino | <input type="checkbox"/> White or Caucasian |
| <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Pacific Islander | <input type="checkbox"/> American Indian or Native Alaskan |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | <input type="checkbox"/> Decline to state |

This **1-year** reduced-cost membership is available to families currently receiving assistance from a government or social service organization. Check all programs you currently participate in.

- WIC (**copy of front cover and appointment list**)
- CalFresh/SNAP (**dated letter only; DO NOT SUBMIT CARD**)
- Medi-Cal/Medicaid (**dated letter only; DO NOT SUBMIT CARD**)
- Free/Reduced Cost School Lunch (**dated letter for current school year**)
- Cal WORKS/TANF (**dated letter**)
- CHIP (**dated letter**)
- Section 8 (**dated letter**)
- HEAP/LIEA (**dated letter or statement**)
- Licensed foster parent (**dated letter**)
- Other government/social service organization

★Please provide recent, dated verification of your participation in **ONE** of the programs listed above.

Membership Fee (Due upon approval)

I am able to pay:

- \$20 (minimum) \$25 \$30
 \$40 \$50 \$75 \$100



Please submit:

- Completed application
- A copy of **one** of the verification documents listed above

Note: Once approved, the membership fee is due within 2 weeks.

CMOSC Family Access Membership
1835 W Steele Ln, Santa Rosa, CA 95403

Office Use Only

Received ____/____/____ By _____

Proof of Assistance: Verified: _____ By _____

Membership Fee: Received ____/____/____ By _____ \$ CC ✓

Input ____/____/____ By _____

Included

Aplicación de Membresía Acceso Familiar

Soy un miembro nuevo Era un miembro antes

Adulta/o primaria/o (Padre/madre o guardián legal):

Nombre legal _____

Esposo/a o cónyuge _____

Teléfono celular _____

Correo electrónico _____

Dirección _____

Ciudad _____ Código postal _____

Liste los nombres y las fechas de nacimiento (mes/día/año) de los niños dependientes del adulto primario y su esposo/cónyuge:

1° niño/a _____ DOB ____/____/____

2° niño/a _____ DOB ____/____/____

3° niño/a _____ DOB ____/____/____

4° niño/a _____ DOB ____/____/____

¿Cómo se enteró sobre este programa?

¿Cuál es su etnicidad?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Hispano o latino | <input type="checkbox"/> Blanco o caucásico |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> Indio americano o Nativo de Alaska |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Prefiero no decir |

Esta membresía de **un año** al costo reducido está disponible para las familias que actualmente reciben asistencia de una organización gubernamental o de servicios sociales. Marque todos los programas en los que participa actualmente.

- WIC (**copia de portada y lista de citas**)
- CalFresh / SNAP (**carta fechada; NO ENTREGUE TARJETA DE EBT**)
- Medi-Cal / Medicaid (**carta fechada; NO ENTREGUE TARJETA DE MEDI-CAL**)
- Comida escolar gratuita / a costo reducido (**carta fechada para el año escolar actual**)
- Cal WORKS / TANF (**carta fechada**)
- CHIP (**carta fechada**)
- Sección 8 / Vivienda (**carta fechada**)
- HEAP / LIEA (**carta fechada o declaración**)
- Padre de crianza temporal con licencia (**carta fechada**)
- Otra organización gubernamental / de servicios sociales

★ **Proporcione verificación reciente y fechada de su participación en UNO de los programas mencionados anteriormente.**

Tarifa de membresía (Debido a la aprobación)

Yo puedo pagar:

- \$20 (mínimo) \$25 \$30
 \$40 \$50 \$75 \$100



Por favor entregue:

- Una aplicación completa
- Una copia de **un** documento de verificación mencionado anteriormente

Nota: Una vez que haya sido aprobado, tendrá 2 semanas para pagar la tarifa de membresía.

CMOSC Family Access Membership
1835 W Steele Ln, Santa Rosa, CA 95403

Office Use Only

Received ____/____/____ By _____

Proof of Assistance: Verified: _____ By _____

Membership Fee: Received ____/____/____ By _____ \$ CC ✓

Input ____/____/____ By _____

Included