

# Access Membership Application

I'm a new member  I was a member before

## Primary Adult Member (All levels):

Name \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip code \_\_\_\_\_

## Children in Household:

Name \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Name DOB Relation to primary

Name \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Name DOB Relation to primary

Name \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Name DOB Relation to primary

Name \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Name DOB Relation to primary

## Additional Named Adults:

Spouse /  Partner of Primary Adult

Caregiver/Additional Related Adult \_\_\_\_\_ Relation to primary \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

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                  |

## Office Use Only

Application Received \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ By \_\_\_\_\_

Input \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ By \_\_\_\_\_



This one-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.

## Proof of Assistance Documents:

- WIC (**appointment list**)
- CalFresh/SNAP (**dated letter**)
- Medi-Cal/Medicaid (**dated letter**)
- 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 show or submit as proof of assistance a recent, dated document from ONE of the programs listed above.

## Membership Fee (Due upon approval)

I am able to pay:

- \$20 (minimum)  \$40  \$60  \$80  \$100

## To apply:

- Submit completed application
- Show or submit proof of assistance from the list above

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

Access Membership  
Children's Museum of Sonoma County  
1835 W Steele Ln  
Santa Rosa, CA 95403

MEMBERSHIP ID \_\_\_\_\_  
DATE \_\_\_\_\_ BY \_\_\_\_\_

Proof of Assistance:  Verified: \_\_\_\_\_ By \_\_\_\_\_

Membership Fee: Paid \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ By \_\_\_\_\_ \$ CC ✓

# Aplicación de Membresía Access

Soy un miembro nuevo  Era un miembro antes

## Adulta primaria / Adulto primario

Nombre \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

### Los niños en el hogar:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 1º niña/o Fecha de nacimiento Relación a primario/a

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 2º niña/o Fecha de nacimiento Relación a primario/a

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 3º niña/o Fecha de nacimiento Relación a primario/a

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 4º niña/o Fecha de nacimiento Relación a primario/a

### Adicionales adultos nombrados:

Espos/a de adulta/o primaria/o  Cónyuge de adulta/o primaria/o

\_\_\_\_\_  
 Cuidador/a o adulto/a relacionado/a adicional Relación a primario/a

Teléfono celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró sobre este programa?  
 \_\_\_\_\_

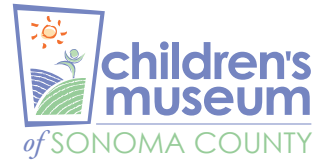
¿Cuál es su etnicidad?

- |  |   |
|--|---|
| <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                  |

### Office Use Only

Application Received \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ By \_\_\_\_\_

Input \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ By \_\_\_\_\_



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.

Documentos de prueba de asistencia:

- WIC (**lista de citas**)
- CalFresh / SNAP (**carta fechada**)
- Medi-Cal / Medicaid (**carta fechada**)
- 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

★ Enseñe o proporcione como prueba de asistencia un documento reciente y fechado de UNO de los programas enumerados anteriormente.

**Tarifa de membresía (Debido a la aprobación)**

Yo puedo pagar:

\$20 (mínimo)  \$40  \$60  \$80  \$100

Para aplicar:

- Entregue una aplicación completa
- Enseñe o entregue prueba de asistencia de la lista anterior

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

Access Membership  
 Children's Museum of Sonoma County  
 1835 W Steele Ln  
 Santa Rosa, CA 95403

MEMBERSHIP ID \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ BY \_\_\_\_\_

Proof of Assistance:  Verified: \_\_\_\_\_ By \_\_\_\_\_

Membership Fee: Paid \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ By \_\_\_\_\_ \$ CC ✓