

Aplicación de Membresía Access

Soy un miembro nuevo Era un miembro antes

Adulta primaria / Adulto primario

1 _____
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 titulares de la tarjeta de membresía (adultos):

2 _____
 Esposo/a de adulta/o primaria/o Cónyuge de adulta/o primaria/o

Teléfono celular Correo electrónico

3 _____
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

DATE ____-____-____ BY _____

MEMBERSHIP ID _____

Proof of Assistance: Verified: _____ By _____

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

Access Membership Application

I'm a new member I was a member before

Primary Adult Member (All levels):

1 _____
Name

Cell _____ Email _____

Address _____

City _____ State _____ Zip code _____

Children in Household:

_____/_____/_____
Name DOB Relation to primary

_____/_____/_____
Name DOB Relation to primary

_____/_____/_____
Name DOB Relation to primary

_____/_____/_____
Name DOB Relation to primary

Additional Cardholding Adults:

2 _____
 Spouse / Partner of Primary Adult

Cell _____ Email _____

3 _____
Caregiver/Additional Related Adult Relation to primary

Cell _____ Email _____

Address _____

How did you hear about this program?

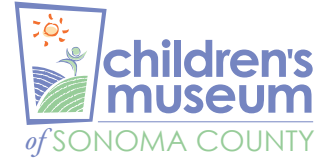
What is your ethnicity?

- | | |
|--|--|
| <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 ✓