



### **DSAGC Community Participation Fund Application**

El Fondo de Participación Comunitaria está diseñado para proporcionar asistencia financiera a personas con síndrome de Down y a sus familias. El DSAGC distribuirá \$250 por año, por persona, con un máximo familiar de \$500. Este fondo es para familias que necesitan asistencia financiera para pagar oportunidades comunitarias.

#### **Gastos elegibles**

- educación que podría incluir inscripción en conferencias locales, regionales o nacionales, seminarios o sesiones de capacitación, eventos de autoabogacía, costos de transporte incluyendo millaje de gasolina, hotel y boletos de avión
- eventos comunitarios que podrían incluir deportes organizados, campamentos de verano, clases de música, clases de ejercicio y transporte para llegar a estos eventos
- tarifas por terapias como OT, PT o de habla **Use for Funds**

Cada solicitud será revisada para determinar su elegibilidad por el DSAGC.

#### **Destinatarios elegibles**

Debes vivir en la región del Gran Cincinnati que incluye los condados de Adams, Boone, Brown, Butler, Campbell, Clermont, Clinton, Dearborn, Hamilton, Highland, Kenton y Warren. Debes ser una persona con síndrome de Down o un miembro de la familia.

#### **Fecha límite de solicitud**

Las solicitudes se procesarán a medida que se reciban.

#### **Otorgamiento de fondos**

El DSAGC pagará directamente al proveedor, o le reembolsaremos los gastos reales después de que regrese del evento/actividad y presente los recibos. Para recibir el pago, por favor devuelva el formulario de recibo firmado y los recibos originales dentro de los 45 días posteriores al evento. Después de completar el formulario a continuación, un miembro del personal de DSAGC se pondrá en contacto para finalizar los detalles del pago.

Por favor permita 14 días para procesar la solicitud. Envíe su solicitud y materiales de registro o recibos a: Betsy Browe, DSAGC 4623 Wesley Ave., Suite A, Cincinnati, OH 45212 [BetsyB@dsagc.com](mailto:BetsyB@dsagc.com)

4623 Wesley Avenue Suite A Cincinnati, OH 45212 • P 513.761.5400 • F 513.761.5400 • [www.dsagc.com](http://www.dsagc.com)

*celebrating extraordinary lives*



**down syndrome association**  
*of greater cincinnati*

Nombre del padre \_\_\_\_\_ Apellido del padre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

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

Condado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Apellido del niño \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Actividad para la cual está solicitando fondos

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fechas en las que está interesado en asistir \_\_\_\_\_

Ubicación de la Actividad \_\_\_\_\_

Costo Total de la Actividad \_\_\_\_\_

Cantidad Solicitada del fondo DSAGC CPF \_\_\_\_\_

Proveedor de la Actividad (organización o empresa) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Contacto del Proveedor \_\_\_\_\_ Correo electrónico / Teléfono

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Padre/Madre Si el cheque está a nombre del padre/madre.

¿Qué beneficios le aportará esta actividad a usted/a su hijo?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha recibido fondos DSAGC CPF en el pasado? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ NO

4623 Wesley Avenue Suite A Cincinnati, OH 45212 • P 513.761.5400 • F 513.761.540 • www.dsagc.com

*celebrating extraordinary lives*