

**CITY OF LOS ANGELES- DEPARTMENT OF RECREATION AND PARKS  
COMMUNITY DEVELOPMENT BLOCK GRANT (CDBG)  
2011 SELF-CERTIFICATION FORM**

Information on annual family income is required to determine participant eligibility for public services funded by the City of Los Angeles through the Community Development Block Grant (CDBG) program. Each participant must indicate the number of persons in their family, and then circle the box that contains the amount of their annual family income level. Information provided is subject to verification by the agency providing services, the U.S. Department of Housing and Urban Development (HUD), and/or the City of Los Angeles.

NOTE: "Income" is the total annual income of all family members as of the date that federal-funded assistance is provided. All income for all persons in the family **must** be included in calculating family income whether or not a family member receives assistance. Additional expected sources of income and the amount expected during the period of federal assistance must be included in this calculation of annual family income.

**2011 CDBG Income Guidelines**

**Circle family size and appropriate income level:**

Family Size	Total Annual Family Income is	Total Annual Family Income is
1 Person	\$0 - \$47,8500	\$47,851+
2 Person	\$0 - \$54,650	\$54,651+
3 Person	\$0 - \$61,500	\$61,501+
4 Person	\$0 - \$68,300	\$68,301+

Family Size	Total Annual Family Income is	Total Annual Family Income is
5 Person	\$0 - \$73,800	\$73,801+
6 Person	\$0 - \$79,250	\$79,251+
7 Person	\$0 - \$84,700	\$84,701+
8 Person	\$0 - \$90,200	\$90,200+

**Race (check one of the following 10 categories):**

American Indian or Alaska Native	
Asian	
Black or African American	
Native Hawaiian or Other Pacific Islander	
White	

American Indian or Alaskan Native <b>AND</b> White	
Asian <b>AND</b> White	
Black/African American <b>AND</b> White	
American Indian/Alaskan Native <b>AND</b> Black/African-American	
Balance / Other	

**Ethnicity (check one):**

Hispanic / Latino	
Not Hispanic / Latino	

**APPLICANT STATEMENT:** I certify that the information provided on this form is accurate and complete, and that I am a resident of the City of Los Angeles. I further acknowledge that eligibility for services funded through the CDBG program is based upon having a qualifying annual family income level or belonging to a group that is presumed to be low- or moderate- income, and that the income levels and/or status I have indicated in this self-certification may be subject to further verification by the agency providing services, the City of Los Angeles and/or HUD. I acknowledge that providing false information shall be grounds for termination from the program. I therefore authorize such verification, and will provide supporting documents if requested.

**Parent Consent:** I give permission for my child, whose name is listed below, to participate in the L.A. Kids Program. I authorize the City to make, procure or use photographs, film, tapes or other likenesses of Minor's physical image and/or voice as may be needed for use with program's publicity material in perpetuity and without compensation. I agree to hold harmless the City of Los Angeles, Department of Recreation and Parks. **I understand that the City of Los Angeles carries no insurance.** I also understand that the L.A. Kids Program reserves the right to dismiss a child for any conduct detrimental to the program.

**AUTHORIZATION OF CONSENT TO TREATMENT OF A MINOR AT AN AUTHORIZED HOSPITAL IN CASE OF EMERGENCY, ILLNESS OR ACCIDENT:** I (We) the undersigned, parent(s) of the Minor, whose name is listed above, do hereby authorize the L.A. Kids Program as agent for the undersigned to consent to any x-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis, or treatment and hospital care which is deemed advisable, and is to be rendered under the general or special supervision of any physician or surgeon licensed under the provision of the Medical Practice Act on the medical staff of a licensed hospital whether such diagnosis or treatment is rendered at the office of said physician or at the said hospital. It is understood that this authorization is given in advance of any specific diagnosis, treatment or hospital care being required but it is given to provide authority and power on the part of aforesaid agent(s) to give specific consent to any and all such diagnosis, treatment or hospital care which the aforementioned physician in the exercise of his best judgment may deem advisable.

**Participant Name (Please Print):** \_\_\_\_\_ **Age** \_\_\_\_\_ **Gender: M** \_\_\_\_\_ **F** \_\_\_\_\_

**Address** \_\_\_\_\_ **City** \_\_\_\_\_ **Zip** \_\_\_\_\_

**Phone** \_\_\_\_\_ **Emergency Phone** \_\_\_\_\_

**Parent/Guardian Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**Are there any social/emotional or physical areas that staff needs to be aware of to provide a better program for your child? (N) (Y) if yes, please explain:** \_\_\_\_\_

**Does your child take Prescription Medication?: (N) (Y) if yes, Prescribed (medication)** \_\_\_\_\_ **for (reason)** \_\_\_\_\_ **(frequency)** \_\_\_\_\_.

**-----STAFF USE ONLY-----**

Recreation Center : GLASSELL R.C. Region : METRO District : GRIFFITH

L.A. KIDS CLASSES (√ session and list classes below):  Spring  Summer  Fall  Winter

Class Title	Day	Time	Class Title	Day	Time
Intro to Art	Monday	6:00 -7:00	Intro to Piano	Monday	
Intro to Art	Tuesday	4:00 -5:00	Intro to Piano	Wednesday	
Intro to Art	Friday	6:00 -7:00	Intro to Piano	Friday	
Intro to Art	Thursday	4:00 -5:00	Boxing	Monday	6:00 - 7:00
Self Defense	Wednesday	6:00 - 7:00			

**Staff Name (Print):** \_\_\_\_\_ **Staff Name (Signature):** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**CIUDAD DE LOS ANGELES DEPARTAMENTO DE PARQUES Y RECREACIONES  
COMMUNITY DEVELOPMENT BLOCK GRANT (CDBG)  
FORMA DE AUTO-CERTIFICACION 2011**

Se requiere información sobre el ingreso anual familiar para determinar la elegibilidad del cliente para recibir los servicios públicos patrocinados por La Ciudad De Los Angeles, a través del Programa de Desarrollo para la comunidad (CDBG). Cada cliente deberá indicar el número de personas en su familia, después circule el recuadro que contiene la cantidad de su nivel de ingreso anual familiar. La información proveída esta sujeta a verificación por la agencia que provee los servicios, El Departamento de Alojamiento y Desarrollo Urbano de Los Estados Unidos. (HUD), y/o La Ciudad de Los Angeles.

Nota: "Ingreso" es el total de ingreso anual de todos los miembros de la familia hasta la fecha que la ayuda federal es proporcionada. Todo el ingreso de todas las personas en la familia deberán ser incluidas en la calculación del ingreso familiar aunque los miembros de la familia reciban ayuda. Fuentes adicionales de ingreso y la cantidad esperada durante el periodo de ayuda federal deberá ser incluida en esta calculación del ingreso anual familiar.

**Guía de Ingresos CDBG 2011**

**Circule el recuadro que corresponda:**

Integrantes de su Familia	Ingreso de su Familia Anual	Ingreso de su Familia Anual
1 Persona	\$0 - \$47,8500	\$47,851+
2 Personas	\$0 - \$54,650	\$54,651+
3 Personas	\$0 - \$61,500	\$61,501+
4 Personas	\$0 - \$68,300	\$68,301+

Integrantes de su Familia	Ingreso de su Familia Anual	Ingreso de su Familia Anual
5 Personas	\$0 - \$73,800	\$73,801+
6 Personas	\$0 - \$79,250	\$79,251+
7 Personas	\$0 - \$84,700	\$84,701+
8 Personas	\$0 - \$90,200	\$90,200+

**Raza (Marque uno de las siguientes 10 categorías):**

**Grupo Étnico (Marque uno):**

Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>
Asiatico	<input type="checkbox"/>
Negro o Afro-Americano	<input type="checkbox"/>
Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacifico	<input type="checkbox"/>
Blanco	<input type="checkbox"/>

Indio Americano o Nativo de Alaska y Blanco	<input type="checkbox"/>
Asiatico y Blanco	<input type="checkbox"/>
Negro/Afro-Americano y Blanco	<input type="checkbox"/>
Indio Americano/Nativo de Alaska y Negro/Afro-Americano	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>

Hispano / Latino	<input type="checkbox"/>
No Hispano / Latino	<input type="checkbox"/>

**Declaración del Participante:** Yo certifico que la información proveída en esta forma es precisa y completa, y que soy un residente de la Ciudad De Los Angeles. Yo reconozco que para ser elegible para los servicios patrocinados a través del Programa CDBG es necesario tener un nivel de ingreso familiar anual que califique o pertenecer a un grupo que sea presuntamente de Ingreso bajo o moderado, y que los niveles de ingreso y/o el status que he indicado es esta auto-certificación puede ser sujeta a una verificación mas detallada por la agencia que provee estos servicios, La Ciudad de Los Angeles y/o HUD. Yo reconozco que proveer información falsa podría ser causa de descalificación del programa. Yo, por lo tanto autorizo tal verificación y proveeré documentos adicionales si fuesen requeridos.

**Consentimiento de Padres:** Yo le doy permiso a mi hijo/a, cual está nombrado, a participar en el programa de L.A. Kids. Autorizo la Ciudad a hacer, conseguir o utilizar fotografías, la película, las cintas u otras semejanzas o imagen física de Menor y/o voz como puede ser necesitado para el uso con materia de la publicidad de programa en la perpetuidad sin compensación. Estoy de acuerdo considerar la Ciudad de Los Angeles, Departamento de Recreación y Parques, oficiales, agentes, empleados y co-patrocinadores inofensivos por cualquier herida a mi hijo/a cual resulte de la participación en el programa de L.A. Kids. Entiendo que la Ciudad de Los Angeles no carga aseguranza y que deberan asumir la responsabilidad los padres de familia cualquier herida que pase en el lapso del programa de L.A. Kids. También entiendo que el programa de L.A. Kids reserve el derecho despedir a un participante por cualquier conducto perjudicial el programa.

**AUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO DE UN MENOR EN UN HOSPITAL AUTORIZADO EN CASO DE EMERGENCIA,**

**ENFERMEDAD O ACCIDENTE:** Yo(nosotros), (los) padre(s) abajó firmante(s) del menor, cuyo es nombrado, autorizo la programa de L.A. Kids como agente para el abajó firmante para consentir a cualquier examen de radiografía, anestésico, el diagnostico médico o quirúrgico, o el tratamiento y atención que se cree aconsejable, cual deberá ser rendido baja la supervisión general o especial de cualquier médico o cirujano licenciado bajo la provisión del Acto de la Práctica Médica cual es parte del personal médico de un hospital licenciado si tal diagnóstico o tratamiento se rinde en la oficina del médico o en el hospital. Se entiende que esta autorización se rinde en avance de algún diagnóstico especifico, el tratamiento o atención médica requerida pero se da a proporcionar la autoridad y el poder en la parte de los agentes referidos para dar el consentimiento especifico a cualquier y todo diagnóstico, tratamiento o atención médica que el médico referido ejercite de su mejor juicio ser aconsejable.

**Nombre del Participante** (Letra de molde): \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_ **Sexo:** M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

**Domicilio** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfono** \_\_\_\_\_ **Emergencia Teléfono** \_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**¿Hay algunas areas sociales/emocionales o fisicas de las cuales el personal tiene que ser consiente para proveer un mejor program para su nino? (Si) \_\_\_ (No) \_\_\_ Si sí, por favor explique:** \_\_\_\_\_

**Medicación:** \_\_\_\_\_ **Prescrito (medicación)** \_\_\_\_\_  
**por (razón)** \_\_\_\_\_ **(Frecuencia)** \_\_\_\_\_

**-----STAFF USE ONLY-----**

Recreation Center : GLASSELL R.C. Region : METRO District : GRIFFITH

L.A. KIDS CLASSES (√ session and list classes below):  Spring  Summer  Fall  Winter

Class Title	Day	Time	Class Title	Day	Time
Intro to Art - Drawing	Monday	6:00 -7:00	Intro to Piano	Monday	
Intro to Art - Media	Tuesday	4:00 -5:00	Intro to Piano	Wednesday	
Intro to Art - Drawing	Friday	6:00 -7:00	Intro to Piano	Friday	
Intro to Art - Media	Thursday	4:00 -5:00	Boxing	Thursday	6:00 - 7:00
Self Defense	Wednesday	6:00 - 7:00			

Staff Name (Print): \_\_\_\_\_ Staff Name (Signature): \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_