

FORMATO DE DESCUENTO DE MEMBRESÍA FAMILIAR

Access Family Membership es un programa de descuento para familias que reciben asistencia pública. La membresía tiene un precio de \$15 por año. Esto incluye entrada gratis e ilimitada al museo para 2 adultos, 5 niños y un guardián o cuidador registrado.

Beneficios de la Membresía

- Entrada ilimitada por un año
- Horario para los miembros: de los sábados 9-10am y el primer jueves de cada mes de 5-7pm
- 10% de descuento por todas las compras del Play Central Toys and Books, la tienda de regalos del museo
- 20% de descuento en las fiestas de cumpleaños y otros programas del museo
- Suscripción al boletín electrónico del museo
- Dos pases de una sola entrada para ser usados por sus amigos o familiares gratis
- Entrada exclusiva para eventos especiales solo para miembros

Instrucciones para Aplicar

Para aplicar, por favor complete ambos lados del formato y envíe una copia de los documentos que demuestre su afiliación a uno de los siguientes programas de asistencia pública con fechas actuales (de este año):

- Seguro Médico para Niños (CHIP), Medicaid
- Programa de Almuerzo Gratis y Precio Reducido en la escuela, programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP EBT), Head Start, Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
- Asistencia para Energía para Hogares de Bajos Recursos (LIHEAP)
- Programa de Asistencia Temporal para familias Necesitadas (TANF)
- Programa de acogida o tutela temporal para niños (Foster Home)

Apellido adulto: _____ Nombre: _____ M/F

Dirección de envió: _____

Ciudad, Estado, código postal: _____

Correo electrónico:* _____ Número de teléfono: _____

*Cuando usted da su correo electrónico, usted está aceptando recibir información, avisos, notas, recordatorios a cerca de su membresía, clases y eventos.

Segundo apellido de los adultos: _____ Nombre: _____ M/F

Nombre de niño: _____ M/F Fecha de nacimiento ___/___/___

Nombre de niño: _____ M/F Fecha de nacimiento ___/___/___

Nombre de niño: _____ M/F Fecha de nacimiento ___/___/___

Nombre de niño: _____ M/F Fecha de nacimiento ___/___/___

Nombre de niño: _____ M/F Fecha de nacimiento ___/___/___

Apellido de Cuidador: _____ Nombre: _____ M/F

Información del Casa

¿Hay otras circunstancias que impide que su familia acceda el Museo de los Niños de Dakota del Sur?

Ingreso anual del hogar: \$ _____

¿Reciben sus niños almuerzo Gratis y precio reducido en la escuela? _____

¿Son ustedes una familia de tutela temporal para niños? _____ Número de niños temporales: _____

¿Cómo se enteraron del programa de Descuento de Membresía Familiar?

El Museo de los Niños de Dakota del Sur requiere presentar la tarjeta de membresía antes de recibir beneficios de membresía, como admisión gratis o descuentos. También el museo requiere un adulto para cada cinco niños. Niños menores de 16 años necesitan estar acompañados por un adulto.

Cada Membresía Familiar puede tener 2 adultos, 5 niños y un guardián o cuidador registrado. Yo entiendo que puede tener solo un cuidador a mi membresía al mismo tiempo. Si yo quiero cambiar el cuidador, necesito pagar la cuota de cambio (\$1) y el cuidador anterior será eliminado de la membresía. Todos los cuidadores deben ser mayores de 16 años de edad. Las membresías no son reembolsables o transferibles.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Envíe un Aplicación Completa

Una vez que su aplicación es completa y ha hecho una copia puede dejarlo en el museo durante los horas regulares, enviando por correo electrónico a access@prairieplay.org, o enviando a correo:

Access Family Membership
Children's Museum of South Dakota
521 4th St
Brookings, SD 57006

No envíe documentos originales. Los documentos no serán devueltos.

Por Favor, espere 2 ó 3 semanas para el proceso. Si su membresía es aprobada, recibirá una carta de confirmación. La cuota de membresía de \$15 es pagadera en su primera visita al Museo. La membresía de un año se activará en su primera visita.

FOR OFFICE USE:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> APPLICATION RECEIVED ____/____/____ | <input type="checkbox"/> LETTER SENT/COPY ATTACHED TO APPLICATION |
| <input type="checkbox"/> PROOF OF PUBLIC INCOME-RELATED ASSISTANCE | <input type="checkbox"/> MEMBER PAID ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> APPROVED AND ENTERED | <input type="checkbox"/> CARDS PRINTED AND SENT ____/____/____ |