

**TOWN OF HUNTINGTON**  
**PROJECT PLAY/ST. JOHN'S CAMP**  
**GENERAL APPLICATION 2025**  
*Please Print*

POTENTIAL CAMPER INFORMATION			
Child's Full Name: _____			
D.O.B. _____ / _____ / _____ <small>Month Day Year</small>	Child Age: <small>(Summer 2025)</small>	Grade:	Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Prefer not to answer
What school district is your child currently enrolled in?			
Has your child previously attended camp or school? <small>(If yes, please indicate where)</small>			
T-Shirt Size:			

PARENT INFORMATION	
Primary Parent/Guardian Name:	_____
Home Address:	_____ <small>Street City State Zip</small>
Mailing Address: <small>(if different then home address)</small>	_____ <small>Street City State Zip</small>
Telephone #:	Alternate #:
Email:	
Preferred Method of Contact:	<i>Telephone Postal Mail Email Text No Preference</i>

HOUSEHOLD/INCOME ELIGIBILITY			
# of people living in your household		Family Income	Monthly: _____ Annual: _____
Are you receiving any Public Assistance?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<i>If yes, circle the ones that apply.</i> Medicaid Temporary Assistance SNAP Unemployment	
Is Camper a Foster Child?		<i>If yes, provide Case #:</i>	

*\*Does your child have any physical, medical, behavioral, or social needs that are sanctioned and have an approved plan by a State or Educational official? i.e. School  YES\*  NO*  
*\*If yes, please provide a copy of the schools plan along with this application. This is to ensure we provide proper care if needed.*

**I certify that the above information is true and accurate.**

Signature of Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Print Name of Parent/Guardian \_\_\_\_\_

.....  
**For Office Use Only**

Eligible \_\_\_\_\_ Not Eligible \_\_\_\_\_ Free or Reduced-Price Meals \_\_\_\_\_ Sibling(s) Enrolled in Camp \_\_\_\_\_

Sponsor's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**This form must be submitted to the Town of Huntington in order for a child to participate in the camp program.**

**TOWN OF HUNTINGTON**  
**PROJECT PLAY/ST. JOHN'S CAMP**  
**SOLICITUD GENERAL 2025**

*Por favor, Imprima*

INFORMACIÓN POTENCIAL DEL CAMPER			
<b>Nombre Completo de Hijo(a):</b> _____			
<b>D.O.B.</b> _____ / _____ / _____ <small>(fecha de nacimiento) Mes Día Año</small>	<b>Edad del Niño:</b> <small>(Verano 2025)</small>	<b>Grado:</b>	<b>Género:</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Prefiere no responder
<b>¿En qué distrito escolar está su hijo actualmente inscrito?</b>			
<b>¿Su hijo ha asistido previamente al campamento o a la escuela?</b> <small>(En caso afirmativo, indique dónde)</small>			
<b>Talla de Camiseta:</b>			

Información De Padre/Tutor	
<b>Nombre Completo de Madre/Padre/Tutor Principal:</b>	_____
<b>Domicilio:</b>	_____
<b>Dirección postal:</b> <small>(si es diferente de domicilio)</small>	_____
<b>Número de teléfono:</b>	<b>Número alternativo:</b>
<b>Correo Electrónico:</b>	
<b>Método de contacto preferido:</b>	<i>Teléfono Correo Postal Texto No Preferencia</i>

ELIGIBILIDAD DEL HOGAR/INGRESOS			
<b># de personas que viven en su hogar</b>		<b>Ingresos familiares</b>	Mensual: _____ Anual: _____
<b>¿Recibe Asistencia Pública?</b>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> No	<i>En caso afirmativo, circule los que correspondan.</i> Asistencia Temporal Medicaid SNAP Desempleo	
<b>¿Es su hijo(a) un niño adoptivo?</b>		<i>En caso afirmativo, proporcione el caso:</i>	

*\*¿Su hijo tiene alguna necesidad física, médica, conductual o social que sea sancionada y tenga un plan aprobado por un estado o funcionario educativo?  SÍ\*  NO*  
*\*En caso afirmativo, proporcione una copia del plan de escuelas junto con esta aplicación. Esto es para asegurar que proporcionamos la atención adecuada si es necesario.*

**Certifico que la información anterior es verdadera y precisa.**

Firma Madre/Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre de impresión del padre/tutor \_\_\_\_\_

**Sólo para uso en la oficina**

Eligible \_\_\_\_\_ No Elegible \_\_\_\_\_ Hermano(s) de Meals \_\_\_\_\_ gratis o de precio reducido inscritos en Camp \_\_\_\_\_

Firma del Patrocinador: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Este formulario debe ser enviado a la Ciudad de Huntington para que un niño participe en el programa del campamento.**