

TOWN OF HUNTINGTON
PROJECT PLAY/ST. JOHN'S CAMP
GENERAL APPLICATION 2026
Please Print

POTENTIAL CAMPER INFORMATION

Child's Full Name: _____			
D.O.B. _____ / _____ / _____ <small>Month Day Year</small>	Child Age: <small>(Summer 2026)</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? <i>(If yes, please indicate where)</i>			
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 2026
Por favor, Imprima

INFORMACIÓN POTENCIAL DEL CAMPER

Nombre Completo de Hijo(a): _____			
D.O.B. _____ / _____ / _____ <small>(fecha de nacimiento) Mes Día Año</small>	Edad del Niño: <small>(Verano 2026)</small>	Grado:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Prefiere no responder
¿En qué distrito escolar está su hijo actualmente inscrito?			
¿Su hijo ha asistido previamente al campamento o a la escuela? <small>(En caso afirmativo, indique dónde)</small>			
Talla de Camiseta:			

Información De Padre/Tutor

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

ELIGIBILIDAD DEL HOGAR/INGRESOS

# de personas que viven en su hogar		Ingresos familiares	Mensual:	Anual:
¿Recibe Asistencia Pública?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<i>En caso afirmativo, circule los que correspondan.</i>		
		<small>Asistencia Temporal Medicaid SNAP Desempleo</small>		
¿Es su hijo(a) un niño adoptivo?		<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
 Elegible _____ No Elegible _____ Comida Gratis o de Precio Reducido _____ Hermano(s) inscritos en el Campamento _____
 Firma del Patrocinador: _____ Fecha: _____
Este formulario debe ser enviado al Pueblo de Huntington para que el niño/a participe en el programa del campamento.