



ACCESS FOR ALL MEMBERSHIP APPLICATION*

TO APPLY, PLEASE PROVIDE PROOF OF ONE OF THE FOLLOWING REQUIREMENTS, WITH CURRENT DATES. DO NOT SEND ORIGINALS.

QUALIFYING PROGRAMS:

- California Academic Partnership Program (CAPP)
- California Coverage & Health Initiatives (CCHI)
- California State Preschool Program (CSPP)
- Cal-SAFE
- CalWORKS Stage 2 Child Care (C2AP)
- CalWORKS Stage 3 Child Care (C3AP)
- Center for Clinical and Translational Research (CCTR)
- Food Stamps, EBT / CAIFresh Program / Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
- Head Start / Early Head Start
- Healthy Families / Children's Health Insurance Program (CHIP)
- Licensed Foster Parent
- Low-Income Energy Assistance / Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
- Medicaid / Medi-Cal
- Temporary Assistance for Needy Families (TANF)
- Section 8 / Public Housing
- Women Infants and Children (WIC)

*VALID FOR TWO ADULTS AND ALL CHILDREN DEPENDENTS

***VALID FOR TWO ADULTS AND ALL CHILDREN DEPENDENTS**

Turn in completed application and payment of \$40 to Children's Museum of Discovery
located at 320 N Broadway, Escondido, CA 92025

Name of Primary Member:_____

Mailing Address:_____

City, Zip:_____

Phone:_____

Email:_____

Name of Member #2:_____

Birthdate (if cxhild):_____

Relationship (parent, caregiver, etc.):_____

Name of Member #3:_____

Birthdate (if child):_____

Relationship:_____

Name of Member #4:_____

Birthdate (if child):_____

Relationship:_____

Name of Member #5:_____

Birthdate (if child):_____

Relationship:_____

Name of Member #6:_____

Birthdate (if child):_____

Relationship:_____

**If you have more than six individuals on your membership, please see a Museum Visitor Services Associate*

Optional Demographic Questions

Children's Museum of Discovery collects the below demographic data as a part of its funding agreement with the City of Escondido to support the Access for All Membership Program. **It is not required to answer the following questions and your responses will not impact eligibility for the membership program.** All answers will be kept confidential and shared anonymously.

- ☐ Latino/Hispanic
- ☐ White
- ☐ Black/African American
- ☐ Asian
- ☐ American Indian/Alaskan Native
- ☐ Native Hawaiiin/Other Pacific Islander
- ☐ American Indian/Alaskan Native and White
- ☐ Asian and White
- ☐ Black/African American and White
- ☐ American Indian/Alaskan Native and Black/African American
- ☐ Other/Multi-Racial

- ☐ Extremely Low Income (0-30% MFI)
- ☐ Low Income (>30-50% MFI)
- ☐ Moderate Income (>50-80% MFI)
- ☐ Experiencing Homelessness
- ☐ Female Headed Household
- ☐ Person Identifying as Disabled/Special Needs in Household



SOLICITUD PARA MEMBRESÍA DE ACCESO FAMILIAR*

Para aplicar, envíe el comprobante de uno de los siguientes requisitos con fechas vigentes. No envíe los originales.

PROGRAMAS CALIFICATIVOS:

- California Academic Partnership Program (CAPP)
- California Coverage & Health Initiatives (CCHI)
- California State Preschool Program (CSPP)
- Cal-SAFE
- CalWORKS Stage 2 Child Care (C2AP)
- CalWORKS Stage 3 Child Care (C3AP)
- Center for Clinical and Translational Research (CCTR)
- Food Stamps, EBT / CAIFresh Program / Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
- Head Start / Early Head Start
- Healthy Families / Children's Health Insurance Program (CHIP)
- Licensed Foster Parent
- Low-Income Energy Assistance / Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
- Medicaid / Medi-Cal
- Temporary Assistance for Needy Families (TANF)
- Section 8 / Public Housing
- Women Infants and Children (WIC)

*VALÍDO PARA DOS ADULTOS Y TODOS LOS NIÑOS DEPENDIENTES

***VALÍDO PARA DOS ADULTOS Y TODOS LOS NIÑOS DEPENDIENTES**

Envíe o lleve su solicitud completa y el pago de \$40 a Children's Museum of Discovery,
320 North Broadway, Escondido, CA 92025

Nombre de adulto: _____

Dirección: _____

Ciudad, código postal: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del miembro #2: _____

Fecha de nacimiento (Niños): _____

Relación: _____

Nombre del miembro #3: _____

Fecha de nacimiento (Niños): _____

Relationship: _____

Nombre del miembro #4: _____

Fecha de nacimiento (Niños): _____

Relación: _____

Nombre del miembro #5: _____

Fecha de nacimiento (Niños): _____

Relación: _____

Nombre del miembro #6: _____

Fecha de nacimiento (Niños): _____

Relación: _____

**Si tiene más de seis personas en su membresía, consulte a un Asociado de Servicios para
Visitantes del Museo*

Preguntas demográficas opcionales

Children's Museum of Discovery recoge los siguientes datos demográficos como parte de su acuerdo de financiación con la ciudad de Escondido para apoyar el Programa de Afiliación de Access for All. **No es obligatorio responder a las siguientes preguntas y sus respuestas no afectarán a la posibilidad de acogerse al programa de afiliación.** Todas las respuestas serán confidenciales y se compartirán de forma anónima.

Por favor, marque todas las opciones que se apliquen a usted y a su hogar.

- | | |
|--|---|
| ☐ Latino/hispano | ☐ Ingresos extremadamente bajos (0-30% de la mediana del ingreso familiar) |
| ☐ Blanco | ☐ Ingresos bajos (30-50% de la mediana del ingreso familiar) |
| ☐ Negro/afroamericano | ☐ Ingresos moderados (50-80% de la mediana del ingreso familiar) |
| ☐ Asiático | ☐ Sin hogar |
| ☐ Indígena americano/nativo de Alaska | ☐ Hogar encabezado por una mujer |
| ☐ Nativo de Hawái/otras islas del Pacífico | ☐ Persona identificada como discapacitada/hogar con necesidades especiales |
| ☐ Indígena americano/nativo de Alaska y blanco | |
| ☐ Asiático y blanco | |
| ☐ Negro/afroamericano y blanco | |
| ☐ Indígena americano/nativo de Alaska y negro/afroamericano | |
| ☐ Otros/multirraciales | |