

**DEPARTMENT of RECREATION & HUMAN SERVICES**1670 WEST 162nd STREET / GARDENA, CALIFORNIA 90247-3734 / WWW.CITYOFGARDENA.ORG / PHONE (310) 217-9537

HELPING HANDS BIRTHDAY KIT PROGRAM

The City of Gardena and the Helping Hands Program is excited to provide birthday kits to families that are experiencing financial hardships. All children should look forward to celebrating their birthday. Thanks to the support of the community, we are able to bring this program to you.

Birthday Kits include various items to celebrate your child's birthday such as cake mix, frosting, candles, decorations & more.

TO REGISTER YOUR CHILD (AGES 1-17) FOR A BIRTHDAY KIT

Complete the Application and provide all the following supporting documents:

1. Proof of Gardena residency such as a utility bill
2. A copy of your child's birth certificate
3. Proof of income such as pay stubs, EDD, W-2, tax return.

HUD Income Limits for the County of Los Angeles (July 1, 2020)

Household Size	1	2	3	4	5	6	7	8
60 % AMI	\$47,340	\$54,060	\$60,840	\$67,560	\$73,020	\$78,420	\$83,820	\$89,220

Applications & supporting documents must be submitted 1-2 months before your child's birthday to reserve a kit. Only upcoming birthdays will be considered. We will not retroactively issue kits.

To submit your application and supporting documents email to: HelpingHands@cityofgardena.org or drop off at our Human Services Building located at 1651 W. 162 Street Gardena CA 90247

For more information, please contact the Human Services front desk at (310) 217-9574

PROGRAMA DE KIT DE CUMPLEAÑOS DE MANOS QUE AYUDAN

La Ciudad de Gardena y el Programa de Manos que Ayudan están emocionados de proporcionar kits de cumpleaños a las familias que están experimentando dificultades financieras. Todos los niños/as deben esperar a celebrar su cumpleaños. Gracias al apoyo de la comunidad podemos proporcionar este programa para usted.

Kits de cumpleaños incluyen varios artículos para celebrar el cumpleaños de su hijo/a, como mezcla de pasteles, glaseado, velas, decoraciones y más.

PARA REGISTRAR A SUS NIÑOS/AS (EADAES 1-17) PARA UN KIT DE CUMPLEAÑOS

Complete la solicitud con los siguientes documentos:

1. Comprobante de la residencia Gardena, como una factura de servicios públicos
2. Una copia del certificado de nacimiento de sus niños/as
3. Pruebas de ingresos tales como talones de pago, EDD, W-2, declaración de impuestos

Límites de ingresos de HUD para el Condado de Los Ángeles (1 de julio de 2020)

Numero de Miembros en el hogar	1	2	3	4	5	6	7	8
60 % AMI	\$47,340	\$54,060	\$60,840	\$67,560	\$73,020	\$78,420	\$83,820	\$89,220

Las solicitudes y documentos justificativos deben presentarse 1-2 meses antes del cumpleaños de su hijo/a para reservar un kit. Sólo es para los próximos cumpleaños serán considerados. No emitiremos kits de cumpleaños para cumpleaños que ya han pasado.

Para entregar su solicitud y documentos, por favor envíelos por correo a: HelpingHands@cityofgardena.org o dejar sus documentos en nuestro edificio de Servicios Humanos al domicilio 1651 W. 162 Street Gardena CA 90247

Para más información, comuníquese con la recepción de Servicios Humanos en el número (310) 217-9574

HELPING HANDS BIRTHDAY KIT PROGRAM APPLICATION

To reserve your child's Birthday Kit, complete the following application and required supporting documents. Kits will be distributed the 1st week of their Birthday month. We are limited to how many kits per month and kits will be issued on a first come-first serve basis. Applications & supporting documents must be submitted 1-2 months before their child's birthday to reserve a kit.

Para reservar el Kit de Cumpleaños de sus niños/as, complete la siguiente solicitud y los documentos de apoyo necesarios. Los kits se distribuirán la primera semana del mes de su cumpleaños. Estamos limitados a la cantidad de kits por mes. Los kits se distribuirán por orden de llegada. Las solicitudes y los documentos de apoyo deben enviarse 1-2 meses antes del cumpleaños de sus niños/as para reservar un kit.

PARENT CONTACT INFORMATION/ INFORMACIÓN DE CONTACTO DE PADRE

Name / Nombre:

Address / Domicilio:

City/Ciudad: GARDENA

State/Estado: CA

ZIP/Código Postal:

Email/Correo Electrónico:

Phone Number/ Número de Teléfono:

Additional Phone Number/ Número de Teléfono Adicional:

HOUSEHOLD INFORMATION/ INFORMACIÓN DEL HOGAR

Household Size/

Numero de Miembros en el hogar:

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11+

List all the children that you intend to apply for the Birthday Kit Program/ Enumere a todos sus niños/as que usted solicitará para el Kit de Cumpleaños

Child's Name/ Nombre de hijos/as	Sex/Sexo	Date of Birth/Fecha de Nacimiento MM/DD/YEAR/AÑO	Interest/Interés	Food Allergies/Alergias Alimentarias
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

HELPING HANDS BIRTHDAY KIT PROGRAM APPLICATION

WAIVER OF LIABILITY	EXENCION DE RESPONSABILIDAD
By submitting this form, I acknowledge the receipt of free food/items from City of Gardena's Food Pantry. I understand this is a gift and not a reoccurring obligation by the City of Gardena, food pantry, or fiscal sponsor. I further understand and agree that by accepting this donated food/items, I freely and voluntarily, with full knowledge, hold City of Gardena (including its officers, agents, employees, donors, volunteers, and food suppliers) harmless and in no way liable or responsible for the quality, condition or packaging of food or any other items.	Al presentar este formulario, reconozco la recepción de alimentos/artículos gratuitos de la Despensa de Alimentos de la Ciudad de Gardena. Entiendo que esto es un regalo y no una obligación recurrente por parte de la ciudad de Gardena, despensa de alimentos, o patrocinador fiscal. Además, entiendo y estoy de acuerdo en que al aceptar este alimento/artículo donado, libre y voluntariamente, con pleno conocimiento, mantengo a la Ciudad de Gardena (incluidos sus oficiales, agentes, empleados, donantes, voluntarios y proveedores de alimentos) inofensiva y de ninguna manera responsable o responsable de la calidad, condición o envasado de los alimentos/o cualquier otro artículo.
Print Name:	Nombre:
Signature:	Firma:
Date:	Fecha:

STAFF TO COMPLETE										
Staff Name:			Date Application Received:							
SUPPORTING DOCUMENT CHECK OFF										
ID	Income	Residency	Birth Certificate(s)							
			1	2	3	4	5	6	7	8
NOTES										