

**SOURCE / FUENTE DE INFORMACIÓN**

How did you hear about this program? / ¿Cómo supo acerca de este programa?

---



---



---

**CONTACT INFORMATION/ INFORMACIÓN PARA CONTACTO**

NAME / NOMBRE

STREET ADDRESS / DIRECCIÓN

CITY / CIUDAD

STATE / ESTADO

ZIP / CÓDIGO POSTAL

PHONE / TELÉPHONE

EMAIL / CORREO ELECTRÓNICO

**MEMBERSHIP APPLICATION TYPE / TIPO DE SOLICITUD DE MEMBRECÍA**
 New / Nueva       Renewal / Renovada
**MEMBERSHIP INFORMATION/ INFORMACIÓN DE MEMBRECÍA**

Have you been a member of Stepping Stones before?

 YES    NO

¿Usted ha sido miembro de Stepping Stones antes?

 SI    NO

List the first and last names of up to two adults in the same household at the same address.

(Each adult must present valid photo identification when visiting the museum.)

Liste el primer nombre y apellido de al menos dos adultos en su casa con la misma dirección.

(Cada adulto debe de presentar una identificación válida con una foto para visitar el museo).

---



---

How many children live in this household? / ¿Cuántos niños viven en su casa?

List the names of the children and their birthdates (month/day/year)

Liste los nombres de los niños y sus fechas de nacimiento (mes/día/año)

NAME / NOMBRE

BIRTHDATE (MONTH/DAY/YEAR) / FECHAS DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)

NAME / NOMBRE

BIRTHDATE (MONTH/DAY/YEAR) / FECHAS DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)

NAME / NOMBRE

BIRTHDATE (MONTH/DAY/YEAR) / FECHAS DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)

NAME / NOMBRE

BIRTHDATE (MONTH/DAY/YEAR) / FECHAS DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)

NAME / NOMBRE

BIRTHDATE (MONTH/DAY/YEAR) / FECHAS DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)

NAME / NOMBRE

BIRTHDATE (MONTH/DAY/YEAR) / FECHAS DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)

## ELIGIBILITY INFORMATION / INFORMACIÓN PARA ELIGIBILIDAD

1. Are you affiliated with any *Open Arms* member organizations?  YES  NO  
¿Esta usted afiliado con alguna otra organización miembro de Open Arms?  SI  NO
2. Is your family currently receiving food stamps?  YES  NO  
¿Actualmente su familia está recibiendo cupones para alimentos?  SI  NO
3. Is your family currently receiving assistance from any social service organization?  YES  NO  
¿Actualmente su familia está recibiendo asistencia de alguna organización de servicio social?  SI  NO

Please list the names of the organizations. / Por favor liste los nombres de esas organizaciones.

---

4. Are your children receiving free/reduced school lunches?  YES  NO  
¿Sus niños están recibiendo almuerzo gratis/o a costo reducido en la escuela?  SI  NO
5. Is your family receiving any other form of public assistance?  YES  NO  
¿Su familia está recibiendo alguna otra forma de asistencia pública?  SI  NO

Please list any additional forms of assistance. / Por favor nombre cualquier otra forma de asistencia.

---

6. What is your annual household income? / ¿Cuál es su ingreso familiar anual?
- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Under / Menos de \$20,000 | <input type="checkbox"/> \$60,000 – \$64,999 | <input type="checkbox"/> \$90,000 – \$99,999           |
| <input type="checkbox"/> \$20,000 – \$29,999       | <input type="checkbox"/> \$65,000 – \$69,999 | <input type="checkbox"/> \$100,000 – \$149,999         |
| <input type="checkbox"/> \$30,000 – \$39,999       | <input type="checkbox"/> \$70,000 – \$74,999 | <input type="checkbox"/> \$150,000 or above / o más de |
| <input type="checkbox"/> \$40,000 – \$49,999       | <input type="checkbox"/> \$75,000 – \$79,999 |  |
| <input type="checkbox"/> \$50,000 – \$59,999       | <input type="checkbox"/> \$80,000 – \$89,999 |  |

7. Please provide any additional information that you would like us to consider in reviewing your application.  
Por favor provea información adicional que usted quiera que nosotros consideremos en la revisión de su solicitud.
- 

8. Please describe how your family would benefit from a **Stepping Stones** Museum for Children membership.  
Por favor describa como su familia se beneficiaría de una membresía de **Stepping Stones** Museum for Children.
- 

9. The number of Angel Memberships we can provide to families like yours is dependent on sponsor generosity. If you're awarded an Angel Membership, you will be asked to provide feedback about your museum experience. El número de Membrecías de Ángel que podemos proveer a familias como la suya depende de la generosidad de patrocinadores. Si a usted se le otorga una Membrecía Ángel, se le pedirá que comente acerca de su experiencia en el museo.

If granted an Angel Membership, I agree to provide feedback to **Stepping Stones** Museum for Children about my experience.  YES  NO  
Si le otorgan la Membrecía Ángel, usted está de acuerdo en dar sus comentarios a Stepping Stones acerca de su experiencia.  SI  NO

Please return completed application to / Por favor devuelva su solicitud llena  
Attn: Membership Department  
**Stepping Stones** Museum for Children  
Mathews Park, 303 West Avenue  
Norwalk, CT 06850

