



Community Art Center Scholarship Application

Send completed application to artcenter@cogs.us

The Glenwood Springs Community Art Center believes that art should be accessible to everyone. Scholarship funds are available for Community Art Center programs. We do not require anyone to share financial information to apply.

Contingent upon funding, we will do what we can to make our art programming available to all regardless of your ability to pay.

To request a full or partial scholarship, please submit this form to artcenter@cogs.us or give us a call at 970-319-5644.

Applicant Name: _____

Mailing Address: _____
Street or Mailing

City State Zip

Applicant Email: _____ Applicant Phone: _____

Program Name: _____ Program Date(s): _____

For (Name of Child): _____ Request Amount: _____

For (Name of Child): _____ Request Amount: _____

For (Name of Child): _____ Request Amount: _____

Applicant Signature: _____ Date: _____

Internal Use			
Awarded:	<input type="checkbox"/> Full	<input type="checkbox"/> Partial	<input type="checkbox"/> None
			Date Notified: _____
Funding Source:	_____		Amount: _____
Notes:	_____ _____		
Enrollment Receipt:	_____	Staff Member:	_____



Centro de Arte Comunitario Solicitud de Beca

Envía la solicitud completa a artcenter@cogs.us

El Centro de Arte Comunitario de Glenwood Springs cree que el arte debe ser accesible para todos. Los fondos de becas están disponibles para cualquiera de los programas del Centro de Arte Comunitario. No requerimos que nadie comparta información financiera para aplicar.

Dependiendo de la financiación, haremos lo posible para que nuestra programación artística esté disponible para todos, independientemente de su capacidad de pago.

Para solicitar una beca total o parcial, envíe este formulario a artcenter@cogs.us o llámenos al 970-319-5644.

Nombre de Apicante: _____

Dirección: _____
Calle

_____ Ciudad Estado Código Postal

Email de Apicante: _____ Número Telefónico: _____

Nombre de Programa: _____ Fecha(s) de Programa: _____

Para (Nombre del niño/la niña): _____ Cantidad que Solicita _____

Para (Nombre del niño/la niña): _____ Cantidad que Solicita _____

Para (Nombre del niño/la niña): _____ Cantidad que Solicita _____

Firma del Apicante: _____ Fecha: _____

Internal Use			
Awarded:	<input type="checkbox"/> Full	<input type="checkbox"/> Partial	<input type="checkbox"/> None
			Date Notified: _____
Funding Source:	_____		Amount: _____
Notes:	_____ _____		
Enrollment Receipt:	_____	Staff Member:	_____