

Girls Incorporated of Carpinteria

Scholarship Application

CONFIDENTIAL INFORMATION

Member's Name: _____ Age: _____

Mailing Address: _____ Phone: _____

City: _____ Zip Code: _____

School: _____ Grade: _____ Teacher: _____

Program: _____ Day of attendance: M T W TH F

Parent/Guardian Name: _____ Partner's Name: _____

Marital Status: _____ If divorced/separated, who has custody? _____

(If joint custody, BOTH parties must complete a scholarship application form. Awards will not be given until both forms are turned in)

Place of Employment: _____ Phone: _____

Address: _____ Position/Title: _____

Partner's Employment: _____ Phone: _____

Address: _____ Position/Title: _____

Please fill in your monthly income. This income may include:

Salary, wages, tips (gross) _____ Total # in family: _____

AFDC _____ Total Adults: _____

Workers Compensation _____ Total Children: _____

Child Support/Alimony _____

Social Security _____

Other (please list) _____

Total _____

How much of the program fees can the family afford to pay? (Please do not leave blank) \$ _____

Please describe any expenses above and beyond the normal living costs: _____

Approved For \$ _____

Signature: _____ Date: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Program: _____ Program Fees: _____ Scholarship Given: _____

Percent Given: _____ Director's Approval: _____ Date: _____

Executive Director Signature (final approval): _____ Date: _____

Girls Incorporated of Carpinteria

Aplicacion para beca

Toda Informacion es confidencial

Nombre de miembro: _____ Edad: _____

Direccion: _____ Telefono: _____

Ciudad: _____Codigo Postal: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro/a: _____

Programa: _____ Dias de asistencia: L M M J V

Padre/Persona Responsable: _____ Nombre de p su pareja: _____

Estado Civil: _____ Si es divorciado quien tiene custodia? _____

(Si ambos tienen custodia y estan divorciados, los DOS padres tienen que llenar una aplicacion para beca separadas.

No se dara beneficios hasta que entregen las dos formas)

Lugar de empleo: _____ Telefono: _____

Direccion: _____ Posicion/Titulo: _____

Empleo de pareja: _____ Telefono: _____

Direccion: _____ Posicion/Titulo: _____

Por favor llene sus ingresos mensuales. Estos ingresos pueden incluir:

Sueldo, propinas (gross) _____ Total # en familia: _____

AFDC _____ Total Adultos: _____

Ayuda por compensacion _____ Total Niños: _____

Pension para niños de divorcio _____

Beneficios de Seguro Social _____

Otros (favor de nombrar) _____

Total _____

Que cantidad siente que puede pagar su familia por este programa? _____

Por favor describa cualquier gasto fuera do lo normal que su familia tenga.(ex. Clases de balet, biles medicos, etc.) _____

Firma: _____ Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Program: _____ Program Fee: _____ Scholarship: _____

Percent: _____ Director's Approval: _____ Date: _____

Executive Director Signature (final approval): _____ Date: _____