



Nombre del Niño/a: _____ **Edad:** _____ **Grado:** _____ **Escuela:** _____

Nombre (Padre/Tutor 1): _____ Nombre (Padre/Tutor 2): _____

Lugar de Trabajo: _____ Lugar de Trabajo: _____

Puesto/Título: _____ Puesto/Título: _____

de Trabajo: _____ # de Trabajo: _____

de Celular: _____ # de Celular: _____

Vive en el hogar

Vive en el hogar

Número de niños/as en el hogar: _____ Número de adultos en el hogar: _____ **Total de miembros en el hogar:** _____

**El hogar incluye: personas relacionadas o no relacionadas que comparten una residencia, incluyendo a los miembros del hogar que están ausentes temporalmente. Excluyendo a los niños en foster y asistentes que vivan en el hogar.*

¿Cuánto puede pagar su familia por las tarifas del programa por semana? (Por favor, no deje en blanco): \$ _____

Ingresos		
Por favor, ingrese todas las fuentes de ingresos mensuales.		
	Padre/Tutor 1	Padre/Tutor 2
Salario, propinas (brutos):	_____	_____
Asistencia Social:	_____	_____
Desempleo/ Discapacidad:	_____	_____
Pension de Niño o Divorcio:	_____	_____
Beneficios de Seguro Social:	_____	_____
Intereses, dividendos, etc.:	_____	_____
Otros ingresos recurrentes:	_____	_____
Total:	\$ _____	\$ _____
Total	_____	
\$	_____	

Firma: _____ **Fecha:** _____

FOR OFFICE USE ONLY

Program: _____ Prog. Fee: \$ _____ % Given: _____ % Scholarship Amount: \$ _____ Family Pays: \$ _____

Approval: _____ Date: _____

Executive Director's Signature: _____ Date: _____

Note only one signature is required

Los siguientes documentos **DEBEN** ser presentados para ser considerados:

Solicitud de Beca completamente llena, firmada y fechada.

Verificación de Ingresos:

2 MESES DE DOCUMENTACIÓN

Talones de pago

Estado de cuenta bancario que muestre todos los depósitos realizados.

Por favor, enumere todos los otros ingresos que no estén reflejados en los talones de pago proporcionados.

O

Participa en un programa del gobierno federal

Declaración de impuestos de 2024

Programa de Pago Alternativo (APP) de SBCEO, Medi-Cal (CenCal), Sección 8 de Vivienda (HASBARCO), TANF, Medicaid, SNAP, Crédito por Ingreso del Trabajo, Crédito por Vivienda de Bajos Ingresos, WIC o SSI

Carta de Explicación:

Firma: _____ Fecha: _____