



Solicitud de Beca

La ayuda financiera disponible es limitada

Si su familia esta aplicando por una beca por favor completar este formulario y enviarlo junto con todos los documentos necesarios.

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido Primer nombre

Estado marital de los padres: Casado Separado Divorciado Soltero

Padre 1 Nombre: _____ Número de seguro social: _____
Teléfono celular: _____ Número de teléfono de la casa: _____
Esta trabajando: Sí No Ingreso anual: _____
Nombre del empleador: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Padre 2 Nombre: _____ Número de seguro social: _____
Teléfono celular: _____ Número de teléfono de la casa: _____
Esta trabajando: Sí No Ingreso anual: _____
Nombre del empleador: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Ingreso total anual de la familia: _____ Número de personas en la casa: _____

Por favor incluir **TODOS** los siguientes documentos con esta aplicación, sin ellos esta aplicación no será procesada.

- ___ Copia del certificado de nacimiento del niño
- ___ Copia complete del año más reciente de los impuestos (Tax Returns)
- ___ Un mes completo actualizado de los comprobantes de pago ó carta del empleador por cada adulto que trabaja en la familia.
- ___ Documentos de otros ingresos
 - ___ Manutención de niños
 - ___ Seguro social por discapacidad
 - ___ Ayuda pública
 - ___ Otros

La aplicación de **Care4Kids** debe ser completada y enviada por los que reúnen los requisitos de elegibilidad para ser considerados para la beca de Family Centers. Por favor adjuntar una copia de esta aplicación.

Fecha en que la aplicación de Care4 Kids fué enviada: _____

Yo certifico que toda la información proporcionada es verdadera y correcta y que todo el ingreso es reportado. Yo entiendo que esta información puede ser usada para determinar la elegibilidad para las becas otorgadas por el estado y que alguna malinformación proporcionada a propósito puede hacerme ilegible para recibir ó continuar recibiendo la beca. También entiendo que es mi responsabilidad notificar al director del programa de cualquier cambio en el ingreso familiar.

Firma: Padre ó guardian

Fecha

Nombre

