

Solicitud de tarifa reducida del programa después de clases

REDUCCIÓN DE LA TASAS DIRECTRICES

1. Todos los padres deben solicitar el programa de cupones ABC antes de solicitar una beca de tasa reducida con la Oficina de Aprendizaje Ampliado. Consulte con el coordinador del sitio escolar de su hijo para obtener detalles adicionales.
2. Las tarifas reducidas solo se otorgan a los estudiantes que asisten a tiempo completo.
3. Se otorgan tarifas reducidas para este año escolar solamente, y puede ser por el monto total o parcial de la tarifa semanal.
4. Las tarifas reducidas pueden ser revocadas por los estudiantes / padres si no cumplen con las reglas y políticas establecidas por el programa después de la escuela.

Nombre del programa después de la escuela: _____
Nombre del niño para recibir tarifa reducida _____

1. Cuéntanos quien eres y donde vives:

Apellido	Nombre	Inicial Media	Teléfono Principal
Dirección de correo	Ciudad	Estado	Código Postal
Su fecha de nacimiento	Su género	Su Raza	
Correo electrónico Primaria:		Alt. Correo electrónico:	
La composición de la familia (circule uno) Madre soltera Dos padres Apoderados	Su nivel educativo (circule uno) Menos de High School Secundaria Graduados GED Post Graduados		

2. Dinos quién vive en tu casa. (Escriba su nombre en la primera línea)

Apellido	Nombre	Inicial Media	Sexo	Raza	Fecha de nacimiento	¿Cómo se relaciona esta persona con usted?

3. Cuéntanos cuánto ingresos tiene tu familia.

- Complete la cantidad de dinero que gana. Ingrese el pago BRUTO, no se lo lleva a casa.
- Si está casado, también debe completar el monto que gana su cónyuge.
- Si no está casado, pero vive con el otro padre de su hijo (s), debe proporcionar la información del otro padre
- Ingrese cero (0) si su cónyuge no tiene ingresos ganados

Tu trabajo Información			Cónyuge u otra información de trabajo		
¿Cuánto ganas? \$	¿Con qué frecuencia te pagan?(círculo uno) Semanal Mensual Anual		¿Cuánto ganas? \$	¿Con qué frecuencia te pagan?(círculo uno) Semanal Mensual Anual	
¿Cuántas horas trabajas cada semana?			¿Cuántas horas trabajas cada semana?		
Nombre del empleador:			Nombre del empleador:		
Dirección de la calle del empleador:			Dirección de la calle del empleador:		
Ciudad (*): Estado (*): Código postal:			Ciudad (*): Estado (*): Código postal:		
Nombre de la persona de contacto:			Nombre de la persona de contacto:		
Número de teléfono de la persona de contacto:			Número de teléfono de la persona de contacto:		

Solicitud de tarifa reducida del programa después de clases

4. Díganos si tiene algún otro ingreso

Anote cualquier ingreso adicional que usted o los miembros de su familia que viven con usted puedan tener de otras fuentes enumeradas a continuación, y cuéntenos con qué frecuencia obtiene estos ingresos (por ejemplo, una vez por semana, cada 2 meses una vez al año, etc.). Si no tiene ingresos adicionales, indique 'ninguno'.

Fuente de ingresos	Cantidad	Con qué frecuencia	¿Quién recibe dinero?
Estipendio de independencia familiar	\$		
Pensión alimenticia	\$		
Pensión para hijos menores	\$		
Seguridad social	\$		
Desempleo	\$		
Ingresos de Discapacidad	\$		
Comp del Trabajador.	\$		
Pensión de Veteranos	\$		
Otros	\$		
Ingreso total de todas las fuentes	\$		

5. Adjunte comprobante de sus ingresos y los ingresos del segundo padre de su cónyuge o hijo. Adjunte copias de talones de pago.

- Si paga semanalmente, necesita las últimas cuatro semanas.
- Si paga quincenalmente necesita dos talones.
- Si paga mensualmente, necesita un talón.
- Si está discapacitado necesita carta de premios por discapacidad.

Certifico que toda la información proporcionada es verdadera y actual. Entiendo que los funcionarios del programa pueden verificar la información y que la tergiversación deliberada dará lugar automáticamente a la denegación de esta solicitud. Además, entiendo que una vez aprobado este programa, se me puede cobrar una tarifa y ser responsable del pago parcial de las tarifas al programa (si no se me otorgó una beca completa). Si el pago de las cuotas no se realiza a tiempo, entiendo que esta beca será revocada.

Firma de los padres: _____ Fecha: _____

To be completed by school staff:

Category of Rate (Notes) :	Category of Rate: (please check) ____ Regular Rate ____ Level 2 ____ Level 3	Start Date:	Comments:
Site Coordinators Signature: _____ Date: _____			
Area Program Officer: _____ Date: _____			