

FORMULARIO ANUAL PARA BECA PROPORCIONAL



Toda la informacion es estrictamente confidencial.

Si no tenemos comprobantes de ingresos y gastos, tenga en cuenta que no es posible procesar la solicitud para apoyo financiero.

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

A

Nombre de Padre / Guardián		Apellido de Padre Guardián			
Domicilio		Ciudad		Código Postal	
Email			Cell Phone () -		Home Phone () -

DEPENDENTS

Student + Dependent must align

1

Nombre del Estudiante		Apellido de Estudiante			
INSCRIPCIÓN DE CLASE(S)	Código de Clase	Código de Clase	Código de Clase	Código de Clase	Código de Clase

2

Nombre del Estudiante		Apellido de Estudiante			
INSCRIPCIÓN DE CLASE(S)	Código de Clase	Código de Clase	Código de Clase	Código de Clase	Código de Clase

3

Nombre del Estudiante		Apellido de Estudiante			
INSCRIPCIÓN DE CLASE(S)	Código de Clase	Código de Clase	Código de Clase	Código de Clase	Código de Clase

4

Nombre del Estudiante		Apellido de Estudiante			
INSCRIPCIÓN DE CLASE(S)	Código de Clase	Código de Clase	Código de Clase	Código de Clase	Código de Clase

INGRESOS Y GASTOS ANUALES

B

Ingreso del Hogar Anual \$	¿Califica su familia para el programa de alimentación? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Renta Mensual \$	Marque el tipo de asistencia adicional que su familia recibe:
Gastos Mensuales \$	<input type="checkbox"/> Programa de alimento (CALFRESH) \$ _____
	<input type="checkbox"/> Programa de vivienda (Section-A housing) \$ _____
	<input type="checkbox"/> Programa de seguro médico (Medicare / Medical) \$ _____
	<input type="checkbox"/> Otro programa de asistencia: _____ \$ _____ _____ \$ _____

