



Aplicación para Ayuda Financiera para Segunda Temporada (1/30 – 6/23/17)

Por favor devuelvan esta aplicación al buzón de *playlab133* en la oficina principal o en la oficina de la Asociación de Padres y Maestros (PTA) antes del 1/21/17

Toda aplicación deberá ser completa y acompañada por la documentación requerida para ser considerada.

Información sobre las becas

playlab133 está dedicada a crear un programa accesible al máximo número de estudiantes posibles. Lamentablemente, nuestros fondos son muy limitados y nos tocará comparar las necesidades de estudiantes y tomar en cuenta los fondos disponibles. Por esta razón, pedimos esta información para evaluar apropiadamente a las necesidades financieras de su familia.

Garantía de Privacidad

Toda información financiera que usted entregue estará mantenida seguramente en un gabinete con candado en una oficina con candado. Su información será mantenida confidencialmente.

Información sobre el Solicitante/Estudiante

Nombre _____ Número de clase: _____

A. INFORMACIÓN SOBRE PADRE PRIMARIO/GUARDIÁN

Nombre _____ No. de celular _____

Dirección _____

Ciudad, Estado y Código Postal _____

Dirección de e-mail _____

Lugar de empleo _____ No. de horas que trabaja semanalmente: _____

Tipo de empleo _____

En los últimos 2 años, ¿ha estado Ud. sin empleo? Sí: _____ No: _____

Si SÍ, por favor explique: _____

B. PADRE/GUARDIÁN ADICIONAL

¿Está usted casado/a o vive con el otro padre de su hijo? Sí: _____ No: _____

Si la respuesta es SÍ, necesita completar esta sección con la información sobre ese otro padre.

Si la respuesta es NO, ¿puede contribuir el otro padre al costo de los programas que su hijo tomará?

Sí: _____ No: _____

Si la respuesta es NO, por favor explique porque el otro padre no puede contribuir financieramente: _____

Si la respuesta es SÍ, por favor llene la siguiente sección:

Nombre _____ No. de celular _____

Dirección _____

Ciudad, Estado y Código Postal _____

Dirección de e-mail _____

Lugar de empleo _____ No. de horas que trabaja semanalmente: _____

Tipo de empleo _____

En los últimos 2 años, ¿ha estado usted sin empleo? Sí: _____ No: _____

Si SÍ, por favor explique: _____

C. CLASES SOLICITADAS :

puede ser que algunas clases no estén disponibles. Por favor liste los nombres de su niño / a y sus 3 mejores opciones en rango de prioridad para cada niño.

1. Nombre de Nino: _____ Salon: _____

1ª elección de clase: _____

2ª elección de la clase: _____

3ª elección de la clase: _____

2. Nombre de Nino: _____ Salon: _____

1ª elección de clase: _____

2ª elección de la clase: _____

3ª elección de la clase: _____

2. Nombre de Nino: _____ Salon: _____

1ª elección de clase: _____

2ª elección de la clase: _____

3ª elección de la clase: _____

D. INFORMACIÓN FINANCIERA

Si actualmente está inscrito en los siguientes programas, por favor, compruebe cuáles y proporcione prueba de inscripción:

O SEGURIDAD SOCIAL

O TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)

O SNAP (Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria)

O MEDICAID

O DESEMPLEO

Si no está inscrito en ninguno de los programas anteriores, proporcione cualquier información adicional relevante, incluyendo circunstancias únicas:

SOLICITANTE/FIRMA DEL PADRE: _____

NOMBRE IMPRESO: _____ **FECHA:** _____