



## 2018- 2019 Programa de Asistencia Financiera

Por Favor Imprima

NOMBRE \_\_\_\_\_

DIRECTION \_\_\_\_\_

CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

NUMERO DO TELEFONO \_\_\_\_\_

EMAIL:

NUMERO DE PERSONAS EN SU FAMILIA (marque solo una caja)

1  2  3  4  5  6  7  8

**INGRESOS DE LA FAMILIA:**

Mis ingresos por año de la familia actual de todas las fuentes son: \$ \_\_\_\_\_

**Nota:** Renta de la familia significa la renta total de todas las personas que viven en la misma casa que sean relacionadas por nacimiento, la unión o la adopción y estén beneficiando de las actividades.

Determinar exactamente su renta de casa usted debe incluir la renta de todas las personas que residen en su hogar de todas las fuentes. Determine la cantidad de renta en cada categoría incorporan las cantidades en el cheque o benefician la declaración.

**Usted deberá proveer una copia de su 2017**

**Declaración de impuestos papa la verificación de los ingresos**

NOTA: Asistencia financiera es basada en verificación de ingreso y avilidad. Asistencia será entregada por orden de llegada y asta agotar fondos.

DECLARACIÓN DEL APPLICANTE: Certifico por este medio que la información sobre esta forma es exacta y completa. Entiendo que esta uno mismo-certificación puede estar conforme a la verificación adicional por la agencia que proporciona los servicios.

**Firma:**

**Fecha:**

Para el uso de oficina  
Recibí prueba de ingresos \_\_\_\_\_ Fuente de prueba \_\_\_\_\_ Verificado por \_\_\_\_\_



2018 - 2019

Programa de Asistencia Financiera

Una aplicación por familia. Por favor complete toda la aplicación.
No se aceptarán aplicaciones incompletas.

1. Nombre de Niño/a: \_\_\_\_\_
Apellido Primer Nombre Inicial o Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_
Mes/Día/Año

Escuela a la que actualmente asiste: \_\_\_\_\_ Interés del programa \_\_\_\_\_

2 Nombre de Niño/a: \_\_\_\_\_
Apellido Primer Nombre Inicial o Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_
Mes/Día/Año

Escuela a la que actualmente asiste: \_\_\_\_\_ Interés del programa \_\_\_\_\_

3. Nombre de Niño/a: \_\_\_\_\_
Apellido Primer Nombre Inicial o Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_
Mes/Día/Año

Escuela a la que actualmente asiste: \_\_\_\_\_ Interés del programa \_\_\_\_\_

4. Nombre de Niño/a: \_\_\_\_\_
Apellido Primer Nombre Inicial o Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_
Mes/Día/Año

Escuela a la que actualmente asiste: \_\_\_\_\_ Interés del programa \_\_\_\_\_

Padres/Guardianes: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
Mejor número de contacto

Nota: El Condado de Riverside es parte del Riverside-San Bernardino-Ontario, CA MSA. Riverside-San Bernardino-Ontario, CA MSA
contiene las siguientes áreas:
Riverside County, CA; San Bernardino County, CA.

Las áreas de Límite de ingresos se basan en las áreas de tasas de mercado justas (FMR) del año fiscal 2018.