

Aprobado en: _____

Validación hasta: _____



708 South Grove Street, Hendersonville, NC 28792

Telefono: 828.697.4884 ♦ Fax: 828.697.5599

www.hcprd.com

SOLICITUD DE BECAS PARA JÓVENES

Conteste todas las secciones para la solicitud de financiamiento.

DEBE ADJUNTAR:

- ✓ La declaración de impuestos del año anterior formato 1040 o 1040EZ O,
- ✓ Dos (2) talones de sueldo consecutivos por cada asalariado. Si no está disponible, proporcione una carta de empleo que especifique el salario bruto, firmado y fechado por el empleador. Si está casado, la documentación debe ser presentada para ambos cónyuges.
- ✓ Documentación de lo siguiente: Desempleo, Discapacidad, Jubilación, Pensión, Bienestar Social, Cupones de Alimentos, Sección 8, Compensación al Trabajador, Manutención de los Hijos, Pensión Social, Todos los Tipos de Ingresos.
- ✓ Toda la información se mantiene CONFIDENCIAL.

TENGA EN CUENTA: El HCPRD ofrece un programa de becas del **75% por niño.**

INFORMACIÓN PERSONAL DEL PADRE / TUTOR: Todas las secciones correspondientes DEBEN SER completadas para calificar.

1. Padre/Tutor _____
Nombre Inicial Segundo Apellido Apellido Fecha de nacimiento – Mes Día Año / /

_____ (_____) _____
Dirección Ciudad/Estado/Código Postal Número de teléfono (donde puede ser contactado)

Género M / F Estado civil _____ Dirección de correo electrónico _____

Ingreso del padre / madre / tutor (mensual): _____

2. Padre/Tutor _____
Nombre Inicial Segundo Apellido Apellido Fecha de nacimiento – Mes Día Año / /

_____ (_____) _____
Dirección Ciudad/Estado/Código Postal Número de teléfono (donde puede ser contactado)

Género M / F Estado civil _____ Dirección de correo electrónico _____

Ingreso del padre / madre / tutor (mensual): _____

Solicito una: Beca COMPLETA / Beca PARCIAL - Monto que puede pagar \$ _____

Aprobado en: _____

Validación hasta: _____

Listar los nombres completos de los participantes que solicitan becas: esta sección es obligatoria

1: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Género- M / F

Programa solicitado: 1. _____

2. _____

3. _____

2: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Género- M / F

Programa solicitado: 1. _____

2. _____

3. _____

3: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Género- M / F

Programa solicitado: 1. _____

2. _____

3. _____

4: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Género- M / F

Programa solicitado: 1. _____

2. _____

3. _____

Usa hoja adicional si hay más niños.

Hoja de trabajo de ingresos:

Indique los ingresos de todos los asalariados que viven en la dirección. La documentación de todos los listados a continuación debe adjuntarse para su verificación. Completar todas las secciones Empleado: Si / No

Si es así, nombre del empleador: _____ Número de teléfono del empleador:

Nº total en la familia _____ Ingreso familiar mensual total: \$ _____ Ingreso Anual Total de la Familia: \$ _____

Verificación de ingresos / supervisor: _____ Teléfono # (_____) _____

Verificación de ingresos del cónyuge / supervisor: _____ Teléfono # (_____) _____

Aprobado en: _____

Validación hasta: _____

Por favor X todo lo que corresponda.

<input type="checkbox"/> Asistencia social \$ _____ Cantidad	<input type="checkbox"/> Asistencia para la vivienda \$ _____ Cantidad	<input type="checkbox"/> Manutención de los hijos (Lo que recibe) \$ _____ Cantidad	<input type="checkbox"/> Pensión (Lo que recibe) \$ _____ Cantidad	<input type="checkbox"/> Cupones de alimentos \$ _____ Cantidad
<input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores \$ _____ Cantidad	<input type="checkbox"/> Asistencia pública \$ _____ Cantidad	<input type="checkbox"/> Seguridad Social \$ _____ Cantidad	<input type="checkbox"/> Ayuda a Dependientes Niños \$ _____ Cantidad	<input type="checkbox"/> Desempleo \$ _____ Cantidad
<input type="checkbox"/> Otro (explique) \$ _____ Cantidad				

Al firmar arriba, verificó lo siguiente: (1) que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y precisa; (2) que el Condado de Henderson se basará en la información que proporcione para determinar si la asistencia está disponible para los participantes mencionados anteriormente; y (3) que pretendo que confien para tomar su decisión.

Todos los destinatarios deben volver a postularse anualmente para actualizar la aplicación. Las tarifas están sujetas a cambios. Las solicitudes y la documentación de respaldo son revisadas por el Administrador de la Oficina y el Director de Parques y Recreación, con base en la información financiera proporcionada. Es importante que todos los solicitantes proporcionen la información solicitada con respecto a la solicitud de ingresos y el tamaño de la familia para que las becas puedan otorgarse de manera JUSTA y consistente. Nuevamente, toda la información se mantendrá confidencial y se notificará a los solicitantes su aceptación o rechazo. Las becas se otorgarán a medida que haya fondos disponibles, por lo tanto, se le puede otorgar una beca "total" o "parcial", si es que lo hace. El HCPRD se reserva el derecho de rechazar a un solicitante que no proporcione los datos necesarios.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

-Solo uso de oficina-

Fecha de aceptación: _____

Verificaciones revisadas Si No

Revisado / aprobado por el administrador de la oficina: _____ Fecha: _____ Aprobado por el Director de P & R: _____
 Fecha: _____

(Iniciales)

(Iniciales)

Aprobado en: _____

Validación hasta: _____

Hoja de cálculo del presupuesto de becas

- Cada niño en el hogar será elegible para una beca del **75% por programa**, hasta **\$100 por programa**, según las tarifas disponibles.
- Cada niño será elegible para hasta **3 becas del programa por año fiscal**, del 1 de julio al 30 de junio.
- Cada familia que califique será elegible para recibir hasta **\$500 por hogar en fondos de becas por año fiscal**, según las tarifas disponibles.
- Becas Las solicitudes son válidas por un año a partir de la fecha de la solicitud.

Nombre del niño	Programa	Costo del programa	Becas de dinero utilizadas (No exceder \$ 100)
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

Total por niño: _____

Nombre del niño	Programa	Costo del programa	Becas de dinero utilizadas (No exceder \$ 100)
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

Total por niño: _____

Nombre del niño	Programa	Costo del programa	Becas de dinero utilizadas (No exceder \$ 100)
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

Total por niño: _____

Nombre del niño	Programa	Costo del programa	Becas de dinero utilizadas (No exceder \$ 100)
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

Total por niño: _____

Total para la familia (que no excedan los \$ 500) : _____