

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