



2024- 2025 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 2023 o 2024

Declaración de impuestos para 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 _____

2024 - 2025
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 2023.