



SOLICITUD DE BECA DE APRENDIZAJE DE DÍA EXTENDIDO

Espera de 7 a 10 días hábiles para procesar su solicitud una vez que se reciba TODA la documentación requerida.

Para calificar para una beca en el sitio de Aprendizaje de Día Extendido de su hijo, complete la solicitud, **imprima claramente** y complete **completamente** el anverso y el reverso de la solicitud.

Nota: Tenemos un número limitado de becas disponibles

Lista de verificación de la documentación requerida:

- Solicitud completa (complete todas las secciones del formulario)
- Una copia del formulario de impuestos 1040 más reciente para cada adulto (mayor de 18 años) en el hogar
- Comprobante de ingresos de cada adulto (mayor de 18 años) en el hogar. Esto incluye el valor de un mes de los talones de pago más recientes, cheques del seguro social o de discapacidad.
- Documentación de cualquier asistencia federal que reciba, como cupones de alimentos, subsidio de alquiler o ayuda en efectivo para niños dependientes. (Si es aplicable)
- **•Envíe toda la información a: Haley Key (hkey@youthlinksi.org) o envíe un correo a: Haley Key, Youth Link SI, 1740 Williamsburg Dr., Suite G, Jeffersonville IN 47130**

| Información del solicitante (padre/guardiante) | |
|--|--|
| Nombre | |
| Dirección | |
| Ciudad | |
| Estado, Código Postal | |
| Teléfono de casa | |
| Teléfono celular | |
| Correo electrónico | |
| Fecha de nacimiento | |
| Raza | |
| Empleador | |

Dependientes o adultos adicionales que viven en el hogar:

| Nombre | Género | Raza | Fecha de nacimiento | Empleador |
|--------|--------|------|---------------------|-----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Hijo(s) para los que se solicita beca: _____

Escuela a la que asiste el niño/a: _____

Services needed:

Solo cuidado matutino

Solo cuidado por tarde

Ambos

Youth Link SI puede ofrecer un número limitado de becas a familias necesitadas. Estas becas están disponibles gracias a la generosidad de nuestra comunidad. Las becas no cubren todos los costos y se les pedirá a los solicitantes que paguen una parte de sus tarifas de cuidado de niños.

Ingresos y gastos mensuales brutos de todo el hogar:

| Ingresos del hogar | Jefe de hogar | Adultos adicionales | Gastos del hogar | |
|-------------------------------------|---------------|---------------------|-----------------------|-----------|
| Empleo | \$ | \$ | Hipoteca | \$ |
| Manutención de los hijos | \$ | \$ | Electricidad/Gas/Agua | \$ |
| Asistencia del gobierno | \$ | \$ | Telefono | \$ |
| Cupones de alimentos | \$ | \$ | Gastos médicos | \$ |
| Ingresos de préstamos estudiantiles | \$ | \$ | Auto préstamo | \$ |
| Otra | \$ | \$ | Otra | \$ |
| Total | \$ | \$ | Total | \$ |

Describe su circunstancia/motivo para solicitar asistencia financiera (esta sección debe completarse para ser considerada):

Certifico que la información anterior y los documentos de respaldo son correctos y completos a mi leal saber y entender. Entiendo que mi(s) hijo(s) pueden perder su lugar en nuestro programa por falta de pago o falsificación de información en relación con esta solicitud. Entiendo que mi tasa de beca no se extenderá automáticamente más allá del período de concesión y que debo traer información actualizada anualmente, o según se solicite, para calificar para la tasa de beca. Las decisiones de becas se basan en los ingresos del hogar. Entiendo que hay un número limitado de becas disponibles y que se otorgan por orden de llegada.

Youth Link SI encourages recipients to write a brief note describing how the program has been of help to them. These stories may be shared with YLSI supporters to show them how their contributions are used and to encourage prospective donors to become involved.

¿Estarías dispuesto a compartir tu historia? Si No

Firma del aplicante _____ Fecha _____
 (Puede escribir su firma electronicamente si no tiene acceso a una impresora/escáner)

| |
|--|
| <p>Solo para los Empleados Date Submitted: _____ Time Submitted: _____ Approved by: _____ Date approved: _____ Notes: _____</p> |
|--|