

Colegio \_\_\_\_\_ Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

**ISSAQUAH DISTRITO ESCOLAR - SCHOLARSHIP SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD**

**Una demanda de becas totales o parciales, tasas reducidas o servicios adicionales**

Si usted califica para el almuerzo gratis oa precio reducido , usted puede calificar para **la beca (Esta no es una solicitud para comidas gratis o a precio reducido)**

La información que proporcionen será utilizada para determinar la elegibilidad de su hijo para becas totales o parciales , tasas reducidas o servicios adicionales . La aprobación se basa en una tabla de ingresos proporcionada por el Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA).

**PRUEBA DE ELEGIBILIDAD**

La información que proporcione puede ser verificada en cualquier momento. Es posible que se le pida que envíe información adicional para probar su hijo es elegible para recibir una beca completa o parcial , tasas reducidas o servicios adicionales.

**REAPLICACIÓN**

Usted puede solicitar beneficios en cualquier momento durante el año escolar . Si tiene una disminución en los ingresos del hogar , un aumento en el tamaño del hogar , o se queda sin empleo , o recibir SNAP ( Basic Food ) o TANF , usted puede ser elegible para los beneficios y puede llenar una solicitud en ese momento .

<b>Para ser completado por padre o tutor:</b>				
Los nombres de cada uno de los miembros del hogar	Ingresos brutos mensuales (antes de los descuentos)		Otros Ingresos Mensuales (Ayuda De Asistencia, Pension Alimenticia, Seguridad Social)	DSHS Chasquido (Alimentos Basicos) or TANF Case #
	Trabajo 1	Trabajo 2		
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

Mensual de conversión de ingreso: semanal x 4.33; Cada dos semanas x 2.15; Dos veces al mes x 2.

Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que esta información es dada para las becas de recibos , tasas reducidas u otros servicios , y que las autoridades escolares pueden verificar la información en la solicitud

Firma del miembro adulto del hogar \_\_\_\_\_

Número de telefono de casa ( ) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Número de teléfono celular ( ) \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

**Sólo para uso oficial:**

Service \_\_\_\_\_ Amt \$ \_\_\_\_\_ Scholarship: Full  Partial  Effective Date \_\_\_\_\_

Signature of Verifying Official \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_