

Beyond the Bell

Formulario de Asistencia Financiera

Fecha: ____/____/____

Nombre del Padre/Guardián: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: () _____ - _____

Trabajo del Padre/Guardián: _____ Teléfono: () _____ - _____

Instrucciones: Por favor complete la información para poder ser considerada la asistencia financiera. Si su niño/a está recibiendo lonche gratis o reducido, usted puede mandar una copia de la carta de la determinación del Sioux City Community District por el año escolar actual y no tiene que completar el resto del formulario.

Nombre de otros miembros viviendo en su casa	Fecha de Nacimiento	Relación	Escuela/Empleo

El programa Beyond the Bell requiere comprobantes de su ingreso que esté incluidos con este formulario. Su niño/a no estará inscrito hasta que recibamos este documento. Por favor mande un talón de cheque, el formulario de impuestos W-2 (impuestos) del año pasado, el formulario de la decisión de la corte mostrando la cantidad que recibe de estampillas de comida, pensión de niños (child support), etc. Esta información será estrictamente confidencial. La utilizaremos para determinar la cantidad que usted tendrá que pagar por este programa y no será revelada a ningún otro lugar.

Ingresos Mensuales (todas las personas que ayuden en el sostén y gastos....no solamente la persona llenando este formulario)	Cantidad
PAGA(antes de los impuestos)	\$
DESEMPLEO	\$
ESTAMPILLAS (food stamps)	\$
PENSIÓN DE NIÑOS (child support)	\$
SEGURO SOCIAL FIP/SSI	\$
BECA(para el colegio u otro tipo de educación)	\$
OTRO: (por favor explique)	\$
Total de Ingresos	\$

Uso del programa Beyond the Bell AM PM AMBOS (circule uno)

Yo verifico que toda la información está correcta lo mejor posible de acuerdo a mis conocimientos.

Firma: _____

Fecha: _____