****

**Solicitud de Becas de Matrícula Reducida Talleres Familiares**

El costo del Taller Familiar es de $400 por padre participante. No hay ningún costo para que los niños asistan. Hay planes de pago disponibles. Tenemos un número limitado de becas de matrícula reducida disponibles por cada taller familiar. Por favor complete y envíe esta solicitud al menos dos semanas antes del inicio del taller.

Nombre: Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha del Taller: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AutoShape 6AutoShape 7

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Solicito consideración para la matrícula de reducción porque recibo/tengo los siguientes: (marque todo lo que corresponda)**

€ Asistencia pública: TANF/CalWORKS € Asistencia pública: Cupones de alimentos

€ Asistencia pública: Alivio general/asistencia € SSI/SSP

€ No recibo ninguno de estos

**Mis INGRESOS mensuales se proporcionan a continuación, Si mis gastos son mayores que mis ingresos, inclui un comentario en el cuadro a continuación. Acepto enviar recibos de sueldo si son requeridos.**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cuál es su ingreso mensual (de otras fuentes distintas de manutención de los hijos o del cónyuge)? | $ |
| ¿Qué asistencia financiera adicional recibe de otros para cumplir con sus gastos mensuales? | $ |
| ¿Recibe manutención de los hijos? Por favor anote la cantidad. | $ |
| ¿Recibe apoyo conyugal? Por favor anote la cantidad. | $ |
| ¿Cuántas personas dependen únicamente de sus ingresos para el apoyo? (incluyéndose a usted mismo) |  |

**Por favor proporcione la siguiente información sobre sus GASTOS mensuales:**

|  |  |
| --- | --- |
| Renta o Hipoteca | $ |
| Servicios (SDG&E, agua, teléfono/teléfono celular, Internet/cable) | $ |
| Alimentos | $ |
| Transporte (por ejemplo: pago mensual del automóvil, gas, pase del autobús, etc.) | $ |
| Manutención infantil | $ |
| Manutención del cónyuge | $ |

**Por favor proporcione cualquier información adicional que desee que consideremos.**

|  |
| --- |
|  |

***Al firmar, declaro bajo la pena de perjurio y las leyes del estado de California que la información anterior y los documentos adjuntos son verdaderos y correctos. He pagado el depósito de mis programa de \_\_\_ $75 or \_\_\_ $125 (por favor verifique el monto del deposito)***

AutoShape 14AutoShape 15AutoShape 16

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor, envíe su solicitud y documentos a** [**vickiy@kidsturnsd.org**](mailto:chrisj@kidsturnsd.org) **o fax a 858-521-0565**