****Text Box 12

El costo de Talleres Familiares es de $400 por padre. No hay cuota adicional para que los niños asistan. Hay un número limitado de becas de matrícula disponibles por Taller Familiar. Por favor complete esta solicitud y envíe todos los documentos requeridos por lo menos una semana antes del inicio del Taller Familiar al cual estará asistiendo.

Nombre: Fecha: Ubicación del taller: AutoShape 3AutoShape 4AutoShape 5

Teléfono: Correo electrónico: AutoShape 6AutoShape 7

**Solicito la reducción de matrícula porque recibo o tengo lo siguiente: (marque todos los que apliquen y envíe copias de las cartas del gobierno para la asistencia pública o la exención de cuotas aprobada por la corte)**

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

Asistencia pública: Alivio general/asistencia SSI/SSP

No recibo ninguno de estos

**Por favor, responda las siguientes preguntas acerca de su ingreso mensual y envíe sus 2 talones de cheques de pago más recientes o la forma más reciente de W2:**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿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 a continuación, declaro bajo pena de perjurio y las leyes del estado de CA que la información anterior es verdadera y correcta. He pagado el depósito de mi programa de \_\_\_$85 o \_\_\_$195 (verifique el monto del depósito).**

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**