

Programa Después de la Escuela ENCORE! **SOLICITUD DE BECA 2019-2020**

**Hay fondos limitados y espacios limitados
para recibir una beca. Para solicitar una beca:**

- 1-Complete esta solicitud e incluya su declaración de impuestos del 2018.
- o 2-Complete el formulario de inscripción ENCORE y contacte a Servicios de Nutrición Infantil al 560-2370 (Durham Public Schools Child Nutrition Services) y pregunte por una carta indicando que su hijo(a) recibe almuerzo gratis o reducido.
- o 3-Pídale a un administrador de la escuela de su hijo(a) u agencia de servicios sociales que complete la parte de abajo de esta solicitud.

Toda la información se mantendrá confidencial (;Entregue esta solicitud con el formulario de Inscripción de ENCORE)!

Fecha: _____ Nombre de la Escuela: _____

Nombre del estudiante: _____

Nombre de los Padres: _____

Dirección de casa: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono alternativo: _____

¿Presentó su declaración de impuestos el año pasado? _____ Si _____ No

Si declaro impuestos en el 2017 escriba el Ingreso Bruto Ajustado (El total de su ingreso después de impuestos) \$ _____ (adjunte una copia de su declaración de impuestos).

¿Cuántos miembros de familia viven en su casa? _____ Adultos _____ Niños

¿Cuánto es su ingreso total? (incluya todos sus ingresos, por ejemplo prestamos estudiantiles, ingresos de su segundo trabajo, etc.) \$ _____ anual o \$ _____ mensual

LÍMITES DE INGRESOS ELEGIBLES * Usted es elegible si usted gana menos de las cantidades a continuación: * Basado en los Ingresos Federales de Pobreza del 2019 (200%).

Tamaño de la familia	2	3	4	5	6	7
Ingresos de la familia actualmente.	Menos de \$ 33,820 (Anual)	Menos de \$ 42,660 (Anual)	Menos de \$ 51,500 (Anual.)	Menos de \$ 60,340 (Anual)	Menos de \$ 69,180 (Anual)	Menos de \$ 78,020 (Anual)
	o \$2,818 (Mensual)	o \$ 3,555 (Mensual)	o \$ 4,291 (Mensual)	o \$ 5,028 (Mensual)	o \$ 5,765 (Mensual)	o \$ 6,501 (Mensual)

Lugar de Empleo del Padre: _____ Teléfono: _____

Lugar de Empleo de la Madre: _____ Teléfono: _____

Confirmando que la información declarada es verdadera y autorizo a Community Education para verificar la exactitud de esta solicitud. Firma del Padre o Tutor _____ Fecha _____

SCHOOL or SOCIAL SERVICE AGENCY REFERRAL

School/ Agency Name: _____ Contact Person/ Phone: _____

Please accept this student on scholarship to join the Encore! Afterschool program.

This referral is for the following reasons: (please check all that apply). _____ No Home Supervision _____ School Suspension _____ School Attendance _____ Below Grade Level Math _____ Below Grade Level Reading _____ Suspected Gang Involvement _____ Other- state reason:

Signature of Agency Representative: _____ Date: _____