

Eliot School Formulario para Solicitud de Beca / Ayuda Financiera (Adulto/a, adolescente, niño/a)

- Estamos complacidos en ofrecer becas a estudiantes de bajo ingreso. Damos prioridad a niño/as que estén en escuelas públicas en Boston, especialmente aquellas escuelas con cuales estamos asociados. Espacio limitado: se atiende por orden de llegada.
- Ofrecemos un número muy limitado de becas a estudiantes adultos y deben contribuir con algún monto para el costo de la matrícula. Por favor, determine lo que razonablemente puede pagar.
- Todo estudiante becado paga una tarifa de materiales de \$25 al confirmar la matrícula.
- Todas las pólizas de matrícula de Eliot School se aplican con respecto al retiro de matrícula, devoluciones, cancelaciones, etc. Por favor, visite nuestra página web para más detalles.

Información del estudiante

Nombre: _____ Apellido: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Género: M F Raza/etnicidad: _____
 Seleccione uno: Niño/a Adulto/a Mayor de 65 años

Dirección

Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Teléfono Hogar: _____ Celular: _____
 Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____
 Correo electrónico: _____

(Complete esta sección si el/la estudiante es menor de edad)

Escuela del Estudiante: _____ Grado: _____

Guardián primario/padre/madre/contacto de agencia

Nombre: _____ Relación: _____
 Teléfono: _____

Guardián secundario/padre/madre/ contacto de agencia

Nombre: _____ Relación: _____
 Teléfono: _____

Información sobre ingreso (requerido)

Estatus de empleo: _____ Número de niño/as o dependientes: _____
 Ingreso familiar anual (incluya las primeras dos páginas de su declaración de impuestos): _____
 Federal/State Assistance (attach supporting documentation): _____

Ingreso – Basado en tamaño del hogar

Documentación de apoyo

Personas en el hogar		Personas en el hogar	
1	\$21,978	5	\$52,614
2	\$29,637	6	\$60,273
3	\$37,296	7	\$67,951
4	\$44,955	8	\$75,647

Day Care Voucher	WIC
Food Stamps	SSDI
General Assistance	SSI
Medicaid	TANF
VA Compensation	

Firma: _____

Fecha: _____

Para uso de empleados solamente:

Fecha recibida: _____

Fecha de aprobación: _____