

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 es 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 **cuota de inscripción 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.
- Complete el formulario **en su totalidad**, ya que los formularios incompletos resultarán en una decisión de beca retrasada.

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	\$22,459	5	\$54,427
2	\$30,451	6	\$62,419
3	\$37,296	7	\$70,411
4	\$38,443	8	\$78,992

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: _____