



### Aplicación de Beca Confidencial

Los procedimientos de la beca de WSSRA son los siguientes:

1. Becas son solo para residentes discapacitados.
2. Becas seran basados en la necesidad y disponibilidad de fondos.
3. Debe entregar prueba de ingresos con la aplicación de beca. Solo dos tipos de prueba seran aceptados: la mas reciente 1040 Tax o copia de el mas reciente talón de cheque
4. Normalmente damos becas por lo maximo de dos programas cada temporada.
5. La beca que recibirá sera por lo maximo 50% del costo del programa.
6. La cantidad puede ser menos de 50% del costo.
7. El balance total debe estar pagado antes de la siguiente temporada. Ofrecemos planes de pago. Llame a Bob.
8. No ofrecemos becas para costos menos de \$20.
9. **Becas no seran consideradas si existe un balance pasado.**

Nombre de participante (s) \_\_\_\_\_

Fecha(s) de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de padres/guarda legal \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Discapacidad \_\_\_\_\_

Mujer sostiene el hogar  Si  No  Casada  Soltera

Caucasico  Hispano  Afroamericano  Otro Especifica \_\_\_\_\_

Cuantos viven en el hogar \_\_\_\_\_ Cuantas personas en el hogar con empleo \_\_\_\_\_

**Alguien de su hogar recibe unos de los siguientes? Escoge los que aplican y la cantidad.  
Si esta aplicación es para alguien que tiene 22 años o mas, escoge y complete todos que aplican.**

____ Seguro Social ..... \$ _____/mes	____ SSI/SSDI..... \$ _____/mes
____ Trabajo/empleo ..... \$ _____/mes	____ Compensación de trabajo ..... \$ _____/mes
____ Manutención de los hijos ..... \$ _____/mes	____ Compensación por desempleo .. \$ _____/mes
____ Foster Parent (DCFS)..... \$ _____/mes	____ Pensión..... \$ _____/mes
Total de ingreso mensual (Por favor de sumar todo lo de arriba) \$ _____	

Alguien en el hogar participa en el programa de almuerzo escolar  Si  No

Usted tiene gastos medicos excesivos?.....  Si  No

Por favor de detalles \_\_\_\_\_

Otros gastos del hogar no mencionados? \_\_\_\_\_

**Yo e leído y entiendo las polizas de la beca. Yo entiendo que toda la información sera confidencial y no para registro publico. Yo le dare cualquier cambio de mi estado financier a WSSRA. Toda la información dado esta correcto.**

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha de la aplicación** \_\_\_\_\_

Esta aplicación es valida de enero hasta diciembre. Aplicaciones deben estar completadas anualmente.