

## PROGRAMA EXTRACURRICULAR - SOLICITUD DE TARIFA REDUCIDA PARA EL AÑO ESCOLAR 2024-2025

### PAUTAS PARA TARIFAS REDUCIDAS:

1. Todos los padres deben solicitar el programa de vales ABC antes de solicitar una beca de tarifa reducida con la Oficina de Aprendizaje Expandido. Consulte con el coordinador de la escuela de su hijo(a) para obtener detalles adicionales.
2. Las tarifas reducidas solo se otorgan a los alumnos que asisten a tiempo completo.
3. Las tarifas reducidas se otorgan solo para este año escolar y pueden ser por el monto total o parcial de la tarifa semanal.
4. Las tarifas reducidas pueden ser revocadas a los alumnos / padres si no cumplen con las reglas y políticas establecidas por el programa extracurricular.

Nombre del programa extracurricular: \_\_\_\_\_  
Nombre de niño(a) a recibir tarifa: \_\_\_\_\_

### 1. Díganos quién es usted y dónde vive:

Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Número de Teléfono Primario
Dirección Postal	Ciudad	Estado	Código Postal
Su Fecha de Nacimiento	Su Género	Su Raza	
Correo Electrónico Principal:		Correo Electrónico Alterno:	
Su Familia se Compone de: (marque una) <input type="checkbox"/> Padre Soltero <input type="checkbox"/> Dos Padres <input type="checkbox"/> Tutor		Su Nivel Educativo (marque uno) <input type="checkbox"/> Menos que Secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de Secundaria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Postgrado	

### 2. Díganos quién vive en su casa. (Escriba su nombre en la primera línea):

Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Género	Raza	Fecha de Nacimiento	¿Cómo se relaciona esta persona con usted?

### 3. Díganos sobre los ingresos de su familia:

- Ingrese la cantidad de dinero que gana. Ingrese el pago TOTAL (antes de impuestos), no lo que se lleva a casa.
- Si está casado, también debe completar la cantidad que gana su cónyuge.
- Si no está casado, pero vive con el otro padre de su(s) hijo(s), debe proveer la información del otro padre
- Ingrese cero (0) si su cónyuge no tiene ingresos del trabajo

Su Información de Trabajo		Información sobre el trabajo del cónyuge u otro padre	
¿Cuánto gana? \$	¿Con qué frecuencia le pagan? (Marque uno) <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	¿Cuánto gana? \$	¿Con qué frecuencia le pagan? (Marque uno) <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
¿Cuántas horas trabaja a la semana?		¿Cuántas horas trabaja a la semana?	
Nombre del Empleador:		Nombre del Empleador:	
Dirección del Empleador:		Dirección del Empleador:	
Ciudad, Estado, Código postal:		Ciudad, Estado, Código postal:	
Nombre de la persona de contacto en el trabajo:		Nombre de la persona de contacto en el trabajo:	
Número de teléfono de la persona de contacto:		Número de teléfono de la persona de contacto:	

## PROGRAMA EXTRACURRICULAR - SOLICITUD DE TARIFA REDUCIDA PARA EL AÑO ESCOLAR 2024-2025

### 4. Díganos si tiene otros ingresos:

Enumere cualquier ingreso adicional que usted o los miembros de su familia que vivan con usted puedan tener de otras fuentes enumeradas a continuación, y díganos con qué frecuencia recibe este ingreso (por ejemplo, una vez a la semana, cada 2 meses una vez al año, etc.) Si no tiene ingresos adicionales, indique "ninguno".

Fuente de Ingresos	Cantidad	Con qué Frecuencia	¿Quién recibe el dinero?
Estipendio por Independencia Familiar	\$		
Pensión Alimenticia	\$		
Manutención de los Hijos	\$		
Seguro Social	\$		
Desempleo	\$		
Ingresos por Discapacidad	\$		
Compensación al Trabajador	\$		
Pensión de Veteranos	\$		
Otro	\$		
Ingreso Total de Todas las Fuentes	\$		

### 5. Adjunte prueba de sus ingresos e ingresos de su cónyuge o segundo padre de su hijo(a). Adjunte copias de los recibos de pago:

- Si le pagan semanalmente, necesitará las últimas cuatro semanas.
- Si le pagan quincenalmente, necesitará dos talones.
- Si le pagan mensualmente, necesita un talón.
- Si está discapacitado necesita una carta de adjudicación por discapacidad.

Certifico que toda la información proporcionada es verdadera y actual. Entiendo que los funcionarios del programa pueden verificar la información y que la tergiversación deliberada resultará automáticamente en la denegación de esta solicitud. Además, entiendo que una vez que se apruebe este programa, se me puede cobrar una tarifa y ser responsable del pago parcial de las tarifas del programa (si no se me otorga una beca completa). Si el pago de las tarifas impuestas no se realiza a tiempo, entiendo que esta beca será revocada.

Firma del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### To be completed by Kaleidoscope staff: (a ser completado por personal de Kaleidoscope)

Category of Rate (Notes):	Category of Rate: (please check) ____ Regular Rate ____ Level 2 ____ Level 3	Start Date:	Comments:
Site Coordinator's Signature: _____ Date: _____			
Area Program Officer: _____ Date: _____			