

TARIFA REDUCIDA

SOLICITUD

2026-2027

Nombre de Escuela: _____

Nombre del niño: _____

DIRECTRICES DE TARIFAS REDUCIDAS

1. Todos los padres deben solicitar el programa de vales ABC antes de solicitar una beca de tarifa reducida con la Office of Expanded Learning. Favor de preguntar al Site Coordinator de la escuela de su niño para detalles adicionales.
2. Las tarifas reducidas se otorgan solo a los alumnos de tiempo completo.
3. Las tarifas reducidas se otorgan solo para el año escolar y son solo una cantidad parcial del costo semanal.
4. Las tarifas reducidas pueden revocarse al alumno/padre si no se siguen las reglas y pautas establecidas por el programa extraescolar.

INFORMACIÓN DE PADRES:

Nombre Completo: _____

Número de Teléfono : _____ Fecha de Nacimiento :
M M D D Y Y

Dirección : _____

Composición Familiar : ☐ Un Padre ☐ Dos Padres ☐ Tutor Género ☐ Masculino ☐ Femenina

E-Mail : _____

INFORMACIÓN DEL HOGAR:

Díganos quién vive en su hogar. El nombre suyo va en la primera línea

Primer Nombre	Apellido	Inicial del Medio	Sexo	Fecha de Nacimiento	¿Cómo está relacionada esta persona a usted?

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS:

- Indique la cantidad de dinero que gana. Entre la paga **BRUTA**, no la que lleva a casa.
- Si es casado/a, debe indicar la cantidad que su cónyuge gana.
- Si no es casado/a, pero vive con el otro padre / madre de los niños, debe proporcionar la información de ese otro padre / madre.
- Entre cero (0) si su cónyuge no tiene ingresos de dinero.

Su Información de Trabajo		Información de Trabajo de Cónyuge u otra Pareja	
¿Cuánto cobra usted? \$ _____	¿Con que frecuencia cobra? Marque una. ___ Semanal ___ Mensual ___ Anual	¿Cuánto cobra usted? \$ _____	¿Con que frecuencia cobra? Marque una. ___ Semanal ___ Mensual ___ Anual
¿Cuántas horas trabaja a la semana?		¿Cuántas horas trabaja a la semana?	
Nombre de la Empresa que le Emplea:		Nombre de la Empresa que le Emplea:	
Dirección del que le Emplea:		Dirección del que le Emplea:	
Ciudad, Estado, Código Postal:		Ciudad, Estado, Código Postal:	
Nombre de un contacto en el trabajo:		Nombre de un contacto en el trabajo:	
Número de teléfono del contacto:		Número de teléfono del contacto:	

FORMULARIO DE SOLICITUD

2026-2027

Nombre de Escuela: _____

Nombre del niño: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL DE INGRESOS:

Enumere cualquier ingreso adicional que usted o los miembros de su familia que viven con usted reciben de las fuentes indicadas a continuación, y especifique con qué frecuencia recibe dichos ingresos (por ejemplo: una vez a la semana, cada dos meses, una vez al año, etc.). Si no tiene ingresos adicionales, por favor indique "none".

Fuente de Ingresos	Cantidad	Con qué frecuencia	¿Quién recibe el dinero?
Estipendio de Independencia Familiar	\$		
Pensión Conyugal	\$		
Manutención de Hijos	\$		
Seguro Social	\$		
Desempleo	\$		
Ingresos por Discapacidad	\$		
Compensación Laboral	\$		
Pensión de Veterano	\$		
Otro	\$		
Ingreso total de todas las fuentes:	\$		

DOCUMENTACIÓN DE APOYO

Adjunte comprobante de sus ingresos y los de su cónyuge o hijo/a. Presente su formulario W-2 del año anterior o sus dos recibos de nómina más recientes. Si trabaja por cuenta propia o como contratista independiente (formulario 1099), DEBE presentar su declaración de impuestos del año anterior. Si no trabaja debido a una discapacidad, presente una carta de concesión de beneficios.

Certifico que toda la información proporcionada es veraz y actual. Entiendo que los responsables del programa pueden verificar la información y que cualquier declaración falsa intencionada conllevará automáticamente la denegación de esta solicitud. Asimismo, entiendo que, de ser aprobado para este programa, se me podrá cobrar una cuota y seré responsable del pago parcial de la misma (en caso de no recibir una beca completa). Entiendo que, si no realizo el pago de las cuotas correspondientes a tiempo, la beca será revocada.

Firma de Padre / Madre:

Fecha:

TO BE COMPLETED BY KALEIDOSCOPE STAFF:

Category of Rate (Notes):	Category of Rate: ___ Regular Rate ___ Level 2 ___ Level 3	Start Date:	Comments:
Director's Signature: _____ Date: _____			