



## APLICACION DE AYUDA FINANCIERA

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_ Año Escolar: \_\_\_\_\_

La solicitud de ayuda financiera es una parte opcional del proceso de inscripción. Las familias interesadas en recibir asistencia financiera deben presentar los siguientes documentos. Texas Hearing Institute revisará estos documentos para determinar la elegibilidad. Marque todos los documentos que presente con su solicitud:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aplicación de ayuda financiera                                      | <input type="checkbox"/> SNAP, Lone Star y cartas de TANF                 |
| <input type="checkbox"/> Declaración de impuestos del 2021                                   | <input type="checkbox"/> Carta de ingresos del Seguro Social              |
| <input type="checkbox"/> Formularios W2 y 1099   | <input type="checkbox"/> Decreto de apoyo / manutención de los hijos      |
| <input type="checkbox"/> <u>Tres</u> talones de sueldo consecutivos                          | <input type="checkbox"/> Documentación de fuentes de ingresos adicionales |
| <input type="checkbox"/> <u>Tres</u> extractos de depósitos bancarios mensuales consecutivos |   |

### Acuerdo del Padre

Por favor, ponga sus iniciales en todos los puntos siguientes

\_\_\_\_\_ Certifico que toda la información de esta solicitud es verdadera y completa. Proporcionar intencionalmente datos falsos, inexactos o incompletos puede afectar nuestra capacidad de recibir ayuda financiera.

\_\_\_\_\_ Si el Texas Hearing Institute me lo pide, estoy de acuerdo en proporcionar la documentación de la información dada en este formulario.

\_\_\_\_\_ Entiendo que el no cumplir con una solicitud de información adicional puede impedir que el solicitante reciba cualquier ayuda.

\_\_\_\_\_ Doy al Texas Hearing Institute, a cualquier otra agencia de investigación empleada por el Instituto para investigar la información aquí indicada, o a las declaraciones de otros datos obtenidos de mí o de cualquier otra persona en relación con mi responsabilidad financiera.

\_\_\_\_\_ Estoy obligado a informar al Texas Hearing Institute de cualquier cambio en mi situación financiera. El no notificar al Instituto de tales cambios invalidará la oferta de ayuda financiera del Instituto, y puede resultar en cargos adicionales.

\_\_\_\_\_ Entiendo que la ayuda financiera es a corto plazo y será revisada anualmente.

\_\_\_\_\_ La información sobre las becas es privada y confidencial. La violación de la confidencialidad sobre la financiación de la beca puede dar lugar a la interrupción de dicha financiación.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## FUENTES DE INGRESO

Ingreso de la declaración de impuestos del 2022: \$ \_\_\_\_\_

---

**Padre #1** Por favor, proporcione toda la información financiera a continuación.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Estado Laboral:  Medio Tiempo  Tiempo Completo  Desempleado

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona de contacto: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

Salario: \$ \_\_\_\_\_  por hora  anual Horas Semanales: \_\_\_\_\_

Nivel más alto de educación:  Bachillerato  Escuela de comercio  Título de asociado

Licenciatura  Maestría  Doctorado

Estado del padre:  soltero  casado  separado  divorciado  viudo  cohabitantes

Si esta desempleado, cual es cantidad que recibí mensual del desempleo? \$ \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo lleva desempleado? \_\_\_\_\_ Desempleo restante: \_\_\_\_\_

---

**Padre #2** Por favor, proporcione toda la información financiera a continuación. Si usted desea compartir la información del Padre #2, por favor proporcione los documentos legales que proporcionan los derechos de custodia.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Estado Laboral:  Medio Tiempo  Tiempo Completo  Desempleado

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona de contacto: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Salario: \$ \_\_\_\_\_  por hora  anual Horas Semanales: \_\_\_\_\_

Nivel más alto de educación:  Bachillerato  Escuela de comercio  Título de asociado

Licenciatura  Maestría  Doctorado

Estado del padre:  soltero  casado  separado  divorciado  viudo  cohabitantes

Si esta desempleado, cual es cantidad que recibí mensual del desempleo? \$ \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo lleva desempleado? \_\_\_\_\_ Desempleo restante: \_\_\_\_\_

---

### INGRESOS ADICIONALES:

¿Recibe su hijo ayuda de SSI?  Si  No

En caso afirmativo, ¿cuál es la cantidad mensual de SSI? \$ \_\_\_\_\_

¿Recibe su hijo una pensión alimenticia (Manutención Infantil)?  Si  No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es la cantidad que recibe? \$ \_\_\_\_\_  mensual  anual

¿Tiene otros hijos que reciban manutención?  Si  No

¿Recibe manutención del cónyuge?  Si  No

En caso afirmativo, ¿cuánto recibe? \$ \_\_\_\_\_  mensual  anual

Prestaciones privadas de jubilación \$ \_\_\_\_\_ Ingresos privados por discapacidad \$ \_\_\_\_\_

Compensación laboral \$ \_\_\_\_\_ Asignaciones militares \$ \_\_\_\_\_

Prestaciones del gobierno federal o estatal (cupones de alimentos, ayuda a hijos dependientes, etc.)

\$ \_\_\_\_\_ por favor especifique la prestación (cupones de alimentos o etc.) \_\_\_\_\_

Nombre del trabajador del caso: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Subsidio gubernamental de vivienda \$ \_\_\_\_\_

¿Hay alguien que le ayude con los gastos de manutención?  Si  No

En caso afirmativo, ¿cuánto? \$ \_\_\_\_\_  mensual  anual

Por favor especifique si esta solicitando ayuda financiera para nuestros Programas de Experiencia Extendida:

Rise & Shine \$100 (7 AM – 8 AM)  Later Gator \$150 (3 PM – 6 PM)  No es necesario

Por favor, indique cualquier información adicional que desee añadir:

**Miembros de la familia en el hogar:**

Enumere todas las personas que viven en el hogar:

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_
2. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_
3. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_
4. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_
5. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_
6. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_
7. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_
8. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ingresos de otros asalariados que viven en el hogar \$ \_\_\_\_\_  mensual  anual