

Solicitud para Asistencia Financiera de C.E.F. Kids' Care

5631 Palmer Way, Suite L, Carlsbad, California 92010

Teléfono (760) 929-1555 Fax (760) 929-8788

Asistencia Financiera CEF y Programa ASES

Esta forma se usa para solicitar asistencia financiera de CEF y para la Matricula para ASES. **La participación en los programas de asistencia financiera no esta garantizada.** El programa de ASES esta disponible solamente en las escuelas Buena Vista y Jefferson. CEF tiene fondos limitados para la asistencia financiera. La asistencia otorgada es de \$25.00 a \$50.00 por mes por cada niño.

Información sobre 3er Partido

Debe solicitar para pagos alternativos (3rd Party) con la agencia correspondiente. Hemos incluido información sobre los contactos disponibles para pagos alternativos (3rd Party) enseguida de esta solicitud.

Tomen Nota: La asistencia Financiera **no será** considerada si la solicitud no esta completa o si la documentación requerida no esta adjunta con esta forma. **No será nuestra responsabilidad contactarlos si su solicitud no esta completa.**

Niño _____ Escuela _____ Teléfono del Padre ____ - ____ Fecha ____ / ____ / ____

Favor de marcar la línea que mejor describa su situación.

Estoy tratando de conseguir asistencia financiera para Kids' Care porque:

____ Mi ingreso familiar total es menos de \$42,000.00 (Debe adjuntar copia del ultimo pago para cada Padre de Familia)

____ Mi salario personal es menos de \$30,000.00 y no recibo sustento para mi(s) niño(s) o no recibo el sustento cuando debo recibirlo. (Por favor adjunte una copia de su último pago e información sobre otros ingresos y describa al reverso de esta hoja. Si no recibe el sustento para los niños cuando es debido por favor explique las circunstancias.)

____ Me desocuparon de mi trabaja recientemente. (Por favor adjunte la copia de su ultimo pago y describa la situación al reverso de esta hoja.)

____ Soy estudiante. (Por favor adjunte pruebas de que esta inscrito este semestre y copias de otras fuentes de ingreso.)

____ Tuve una circunstancia familiar inesperada que requiere que el cuidado de niño sea absolutamente necesario aunque no trabajo fuera de la casa. (Por favor describa al reverso de esta hoja y adjunte documentación relevante, como una nota reciente del doctor.)

____ Por circunstancias extremadamente no previstas (como desastre natural que afecto la propiedad o despliegue prolongado en la Guardia Nacional), encuentro que el pago de Kids' Care es temporalmente imposible de pagar. (Por favor describa al reverso de esta hoja.)

____ Otra razón (Por favor explique. Describa al reverso si es necesario.)

Adultos (mayores de 18 años) viviendo en casa:

Nombre(s):

Empleado por:

Niños viviendo en casa:

Nombre(s):

Edad:

Total de Ingresos Mensuales en Bruto – (Recuerde de adjuntar documentación financiera)

Salarios mensuales de todos los adultos que contribuyen: \$ _____
(Promedio de 4 semanas de ingresos bruto = una semana x 4.3)

+ Sustento por niños/pensión matrimonial recibido: \$ _____

+ SSI/SSDA: \$ _____

+ Otro (especifique): \$ _____

- (menos) Sustento por niños /pensión matrimonial pagado: \$ _____

Total de Ingresos Mensuales en Bruto: \$ _____ Numero de Familia _____

Favor de proveer las sumas mensuales de sus gastos personales de la familia:

\$ _____ Pago de Kids' Care

\$ _____ comida

\$ _____ renta/hipoteca

\$ _____ deudas de crédito

\$ _____ gas natural y luz

\$ _____ ropa

\$ _____ teléfono

\$ _____ entretenimiento

\$ _____ cable

\$ _____ pago de carro

\$ _____ sustento de niños debido

\$ _____ gasolina

\$ _____ colegiatura

\$ _____ Otro (describa)

La información de arriba es acertada y exacta desde la fecha en la declaración. También estoy de acuerdo de notificar a Kids' Care de cualquier cambio en ingresos, gastos o condiciones familiares como fueron notadas en esta declaración. Entiendo que al proveer información falsa o en no notificar a Kids' Care de algún cambio en la información proveída en esta declaración pueda resultar en la cancelación de asistencia y reembolso a Kids' Care de toda la asistencia proveída. Se les notificara por correo si son aprobados para recibir asistencia financiera.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____