

APLICACIÓN PARA TRANSPORTACIÓN GRATIS Y DE PRECIOS REDUCIDOS

Para solicitar el programa de transportación gratis o de precios reducidos Ud. debe llenar esta aplicación en forma completa y adjuntar documentos verificables del ingreso de la familia. A continuación le damos una lista de documentos que se consideran prueba aceptable de sus ingresos.

1. VERIFICACION DE ESTAMPILLAS DE COMIDA - Copia actual del papel que certifica el periodo de elegibilidad, carta de la Oficina de Estampillas de Comida verificando elegibilidad o tarjeta autorizando participación.
2. AYUDA FINANCIERA A FAMILIAS CON HIJOS MENORES DE EDAD - Copia de la garantía de ayuda financiera o carta de la oficina de Asistencia Social verificando que es elegible.
3. GANANCIAS/PAGOS POR TRABAJO/SUELDO - Copia de su último sueldo recibido o carta de su empleador expresando la cantidad de su sueldo y cada cuanto tiempo lo recibe.
4. SEGURO SOCIAL/PENSIONES/RETIRO - Carta del Seguro Social expresando sus beneficios o carta asignando una pensión.
5. COMPENSACION POR DESEMPLEO/SEGURO DE INCAPACITADO O COMPENSACION AL TRABAJADOR - Copia de la carta con cantidad asignada o copia del cheque.
6. PAGOS DE BENEFICIO SOCIAL - Carta del Seguro Social expresando que Ud. es elegible para recibir beneficios y la cantidad asignada.
7. PAGOS DE MANTENIMIENTO PARA HIJOS Y ESPOSA - Decretado por la corte o por mutuo acuerdo.
8. INGRESOS COMO TRABAJADOR INDEPENDIENTE - Estimación de impuestos del último trimestre y declaración anual de impuestos por el último año.
9. OTROS INGRESOS - Si tiene otros ingresos, incluya prueba de la cantidad que recibe y cada cuanto tiempo.
10. NO INGRESOS - Si no tiene ingresos incluya una nota explicando como provee comida, ropa y casa y cuando espera recibir un ingreso.

NIÑOS SOLAMENTE - LISTA DE NOMBRES DE LOS NIÑOS QUE VIVEN EN CASA					
NOMBRE (apellido)	(nombre)	Escuela (si alguna)	NOMBRE (apellido)	(nombre)	Escuela (si alguna)

Complete esta forma con la siguiente información para TODOS los miembros del hogar. Ingresos del mes pasado

Nombre		Número de Seguro Social	Lugar de Empleo (Nombre de la compañía)	Ganancia mensual (antes de deducciones) Incluir todos los trabajos	Pensión, Retiro, Seguro Social o Dismilitado	Beneficio de Seguro Social, Pago de mantenimiento para hijos y esposa	Otros Ingresos
Apellido	Nombre						
				\$	\$	\$	\$
				\$	\$	\$	\$
				\$	\$	\$	\$
				\$	\$	\$	\$

Si necesita ayuda para llenar este papel, llame a Athletic Department Envíe esta forma con todos los documentos requeridos a la oficina de Westlake High School (805) 497-6711.

Declaro bajo pena Judicial que la información incluida es correcta y representa todos los ingresos de la familia.

FIRMA DEL PADRE/ APODERADO

En letra de imprenta Nombre Completo del Padre/ Apoderado

TOTAL P. 03