

## Forma para Asistencia Financiera

Nombre del Padre o Guardián: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del Día: \_\_\_\_\_ Teléfono de la Tarde: \_\_\_\_\_

Sección de la Guía de actividades: (haz círculo en uno) Invierno Verano Primavera Otoño

Nombre del niño/a	Fecha de Nacimiento	Nombre de Clase/Actividad	Número de Actividad	Cuota	Uso de la Oficina Solamente

### Información de los Ingresos:

Ingreso Familiar Anual Total (incluya asistencia para los niños si es aplicable):

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> \$0 - \$20,147      | <input type="checkbox"/> \$20,148 - \$27,214 | <input type="checkbox"/> \$27,215 - \$34,281 |
| <input type="checkbox"/> \$34,282 - \$41,348 | <input type="checkbox"/> \$41,349 - \$48,415 | <input type="checkbox"/> \$48,416 - \$55,482 |
| <input type="checkbox"/> \$55,483 - \$62,549 | <input type="checkbox"/> \$62,550 - \$69,616 | <input type="checkbox"/> Over \$69,617       |

*La Ciudad de Hillsboro reserve el derecho de pedir una copia de la más reciente Forma 1040 de Impuestos o información equivalente (WIC, Oregon Health Plan, Letra de Servicios Nutritivos que aceptan el niño en la programa de Almuerzo Gratis o Precio Reducido, etc.) para verificar los ingresos.*

Número de niños que viven en el hogar: \_\_\_\_\_ Numero de adultos que viven en el hogar: \_\_\_\_\_

¿El solicitante/participante recibe asistencia financiera de cualquiera otra organización?  Sí  No  
 Si responde que sí, ¿cuál organización? \_\_\_\_\_

¿El solicitante/participante califica para el Programa Federal de Almuerzo Gratis o a Precio Reducido (Federal Free or Reduced Lunch Program)?  Sí  No

Otra información que quisiera hacernos saber en cuanto a su aplicación (por ejemplo, cuentas médicas; falta total de ingresos; hijos adoptivos; etc.): \_\_\_\_\_

Certifico que toda la información proporcionada en esta forma es verdadera y correcta y que se ha reportado todos ingresos. Entiendo que se da esta información con el propósito de recibir asistencia financiera; que los oficiales de la Ciudad puedan verificar la información en esta forma; y que falsificación intencionada de la información en esta forma se me pueda subyugar a prosecución según las leyes aplicables.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_