



SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

Staff Use Only

Annual Income _____
 CLV, HD, NLV , etc. _____
 Percentage Cap _____

Sitio: _____ Programa: _____ Duración de la Solicitud: _____

Nombre de la Cabeza de Familia: _____ Cuenta RecTrac # _____

Teléfono: _____ Tel. Celular: _____ Tel. Trabajo: _____

Domicilio: _____

Ciudad (Debe ser residente de la Ciudad de Las Vegas): _____ Zip: _____

Correo Electrónico: _____ Fecha de entrega de solicitud: _____

Indique estado civil: Soltero Casado Separado Divorciado Foster/Hogar en Grupo Compañero

Escriba con letra de molde el nombre de todos los habitantes de la casa incluyendo ingreso. Incluya a la persona que está solicitando ayuda. Aviso - El no asistir a un programa pagado con la ayuda financiera, puede resultar en la suspensión de la ayuda financiera en el futuro.

Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Edad	Genero	Necesita Ayuda
				<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Conteste a las siguientes preguntas. Por cada "si", provea documentación.

Algún (cualquiera) miembro de su familia:

- Vive en Vivienda Pública o recibe asistencia de renta de Sección 8?..... SI NO
- Recibe o espera recibir asistencia pública (welfare)? SI NO
- Recibe o espera recibir beneficios de desempleo? SI NO
- Trabaja tiempo completo, tiempo parcial o por temporada?..... SI NO
- Espera trabajar en algún periodo durante el próximo año?..... SI NO
- Recibe efectivo por su trabajo? SI NO
- Recibe o espera recibir manutención para niños? SI NO
- Recibe o espera recibir pensión por divorcio?..... SI NO
- Recibe o espera recibir Seguro Social o algún beneficio de retiro? SI NO
- Podría o pagaría para asistir a este programa si la ayuda financiera se agotara? SI NO

REQUISITO: Se requieren copias de lo siguiente:

- Identificación con foto de la cabeza de la familia (cada hogar debe proporcionar prueba de residencia de la Ciudad de Las Vegas - sin excepciones).
- Actas de nacimiento de los dependientes (copias).
- Comprobante de residencia/domicilio en la Ciudad de Las Vegas (Recibo de Utilidades).
- Recibos mensuales de ingresos de cada miembro de la familia (talones de cheque, estado de cuenta de impuestos, etc.)
 Dos talones de cheques si le pagan por quincena, cuatro talones si le pagan por semana.
*Una carta de la Autoridad de Vivienda Pública (Public Housing Authority) o una copia de Contrato de Renta de Sección 8.
 El contrato de arrendamiento es suficiente si este tiene los ingresos.*
- Otros documentos de ingresos (Prueba de asistencia de vivienda, welfare, SNAP, WIC, manutención de niños, pensión de divorcio, etc.).



SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA (continuación)

Qué porcentaje de su posible Ayuda Financiera planea usar para los siguientes programas?

_____ % Programas Antes/Después de clases (<i>Teen Scene & Safekey</i>)	_____ % Tutoría Educacional
_____ % Programas de GED	_____ % Programas Pre escolares
_____ % Ligas Recreativas (<i>registro individual</i>)	_____ % Campamentos de Temporada
_____ % Clases de Natación	_____ % Clases Recreativas (<i>solo principiantes e intermedio</i>)

La solicitud y todos los documentos deben ser entregados dos semanas antes de comenzar el programa. El programa para el que va a recibir asistencia utiliza fondos de la Ciudad de Las Vegas. De acuerdo con los reglamentos que gobierna el uso de estos fondos, por favor entregue la información requerida. Esta información es confidencial y solo para uso de las agencias públicas que proveen los fondos. Los paquetes que no estén completos no serán aceptados.

CERTIFICACION DEL SOLICITANTE

Yo/nosotros certificamos que la información proporcionada de la composición familiar y de los ingresos, es correcta y completa de acuerdo a mi conocimiento y creencia. Yo/nosotros entendemos que dar información o declaraciones falsas se castiga de acuerdo a la ley. Yo/nosotros también entendemos que información o declaraciones falsas son base para la terminación de la asistencia. Doy consentimiento para que el proveedor de servicio, la Ciudad de las Vegas u otros oficiales gubernamentales verifiquen esta información como lo requieran. En caso de que sus ingresos cambien por motivos de matrimonio, divorcio, nacimientos, fallecimientos, promociones, terminaciones, etc. usted debe proveer documentación que lo compruebe y poner al día la información en diez (10) días hábiles, para una recertificación de la ayuda financiera.

Firma de la Cabeza de la Familia _____

Fecha _____

Firma del Cónyuge (*Si aplica*) _____

Fecha _____

STAFF USE ONLY

FOR CENTER/PROGRAM SITE DOCUMENTATION ONLY.

Please list the documents providing proof of income and assistance. _____

Have you **verified** that they live within the city of Las Vegas using the Clark County Assessor's web page? Did you attach a copy of the screen shot for this applicant? If not, please do this before processing the application.

FORMS SUBMITTED

- Photo ID (*copies*)..... YES NO
- Dependant Birth Certificates (*copies*)..... YES NO
- Public Assistance Documentation (*food stamps, TANF, SNAP Cards, SSI, WIC, unemployment, etc.*)..... YES NO
- Paycheck Stubs..... YES NO
- Other Income Documentation (*alimony, child support, etc.*)..... YES NO

Center/program staff that received and verified documentation _____ Date: _____

PCPS recommendation: Approve Deny

Reason: _____

Name: _____ Date: _____

FOR FINANCIAL AID STAFF USE ONLY

Verified income:..... YES NO Verified forms and residency:..... YES NO

Approved Percentage Rate: _____ %

Denied Reason for Denial: _____

Financial Aid Staff Signature: _____ Date: _____

Funding and percentage entered in RecTrac: YES Date: _____

Supervisor/Manager approval: _____ Date: _____