

Directrices para Asistencia Financiera (La aplicación debe ser completada e incluir prueba de ingresos y cualquier depósito requerido)

- 1. La Asistencia Financiera tiene que ser para algo especifico. i.e. partes de uniformes; una actividad especifica
2. Los fondos de Asistencia Financiera son suplementarios. El Cónsul espera que cada familia pague lo más posible así al costo de la experiencia de Girl Scout.
3. Los fondos de Asistencia Financiera son basados en necesidad financiera y/o circunstancias especiales. La asistencia puede ser entre 20% hasta el 80% de la petición basándose en el nivel que la familia califica,
4. Los fondos para Asistencia Financiera son limitados, pero el Cónsul hace todo el esfuerzo para proveer suficiente apoyo para que ninguna sea denegada participación en una experiencia de Girl Scout por falta de fondos.
5. Hay un número limitado de becas disponible. Aplique temprano.
6. Los solicitantes pueden ser elegible para Asistencia Financiera hasta dos veces al año si la segunda experiencia es significativamente distinta de la primera.
7. Transmite toda peticiones a: Girl Scouts de California Del Norte, Oficina de San José, 1310 S. Bascom Ave, San José, Ca 95128, Facsímile (408) 287-8662

¡APLICACIONES INCOMPLETAS NO SERAN REVISADAS!

Yo estoy aplicando para asistencia financiera para: [] Evento de Adultos/ Entrenamiento [] Evento Elegido [] Evento de Cónsul [] Campo de Día [] Entrenamiento [] Destinación [] Vale de Uniforme [] Otro (Lista): _____

¿ Ha aplicado de Girl Scouts el solicitante para asistencia financiera durante este año de membresía (Octubre hasta Septiembre)? [] Si [] No

¿ Si, cuando? _____ Recibió asistencia para: _____

Nombre del Solicitante: _____ Teléfono Día: (____) _____ Teléfono Noche: (____) _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Codigo Postal: _____

¿Esta el solicitante actualmente registrado en Girl Scout? [] Si [] No Si, ¿Numero de Tropa: _____? Es una Juliette Girl Scout? [] Si [] No

Esta petición es para (Nombre del evento/entrenamiento, si aplica): _____

Fecha del evento: _____ Local del Evento: _____

Costo del Evento: \$ _____ Cantidad que puede pagar: \$ _____ Cantidad solicitando: \$ _____

¿Ha hecho depósitos requeridos por el evento? [] Si [] No [] N/A

Solamente para la niña por cual solicita: Fecha de nacimiento: ____/____/____ Grado en Septiembre: ____ Escuela: _____

Domicilio de la niña: [] Un Pariente [] Dos Parientes [] Guardián [] Otro _____

1. Nombre del Pariente/Guardian: _____ Telefono del Domicilio:(____) _____

Teléfono del Trabajo o Celular: (____) _____ Correo Electronico: _____

2. Nombre del Pariente/Guardian: _____ Teléfono del Domicilio:(____) _____

Teléfono del Trabajo o Celular: (____) _____ Correo Electrónico: _____

Domicilio (Si es diferente al anterior): _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Todos los solicitantes TIENEN que completar la siguiente información y incluir prueba de ingresos.

A. Ponga un círculo alrededor del origen de TODO ingresos que apliquen:

- Salarios AFDC Medi-Cal
Seguro Social Incapacitado Ayuda para Niños
Inversiones Desempleo Régimen de Acogida

Otro (Por favor explique) _____

B. Ponga una "X" a la par de su ingreso anual:

- [] \$18,000 - menos [] \$31,001 - \$37,000
[] \$18,001 - \$24,500 [] \$37,001 - \$43,300
[] \$24,501 - \$27,500 [] \$43,301 - \$50,000
[] \$27,501 - \$31,000 [] Mas de \$50,000

C. Cuantos viven en el hogar: Total _____ #Adultos: _____ #Niños Dependientes: _____

D. Razón para esta petición? _____

E. Explique cualquier circunstancia que exista. _____

Yo certifico que toda la información en esta petición y los documentos presentados son verdaderos y están completos.

FIRMA: _____ FECHA: _____

12/06/07 OFFICE USE ONLY

Request for: _____ Date Received: _____ Amount Approved: \$ _____ Date Approved: _____ Approved By: _____