



APLICACIÓN PARA BECAS/AYUDA FINANCIERA

☀️ Una Filial de Young Audiences Arts for Learning

Las becas son limitadas y se otorgarán en orden de llegada a los estudiantes que demuestren necesitar ayuda financiera. La beca podrá usarse para 1 clase grupal por estudiante. La aplicación debe ser enviada por correo a: LJackson@kcy.org, o por fax: 816.960.1519

REQUISITOS DE ELIGIBILIDAD

FECHA DE HOY: _____

- La familia debe estar al día en sus pagos a KCYA
- El estudiante debe tener 18 años como máximo.
- El estudiante deberá asistir a clases regularmente para continuar recibiendo la beca.
- El/los padre(s) deberán ser voluntaries de KCYA dos horas por semestre.

SEMESTRE AL QUE ESTÁ APLICANDO: INVIERNO PRIMAVERA VERANO OTOÑO

INFORMACIÓN GENERAL

Dirección de el/los Estudiante(s):

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Estudiante #1:

Fecha de Nacimiento: _____ Género: _____

¿Es el estudiante nuevo a KCYA? sí no Raza/Etnicidad: _____

Nombre de la Clase/Campamento: _____ Precio original: _____

Día de la semana (para clases) / Fechas (para campamentos): _____

Estudiante #2:

Fecha de Nacimiento: _____ Género: _____

¿Es el estudiante nuevo a KCYA? sí no Raza/Etnicidad: _____

Nombre de la Clase/Campamento: _____ Precio original: _____

Día de la semana (para clases) / Fechas (para campamentos): _____

Estudiante #3:

Fecha de Nacimiento: _____ Género: _____

¿Es el estudiante nuevo a KCYA? sí no Raza/Etnicidad: _____

Nombre de la Clase/Campamento: _____ Precio original: _____

Día de la semana (para clases) / Fechas (para campamentos): _____

APLICACIÓN PARA BECAS/AYUDA FINANCIERA

INFORMACIÓN DE EL/LOS PADRE(S)/GUARDIAN(ES)

Nombre de la Madre/Guardián:

Teléfono:

Correo electrónico:

2do Teléfono:

Dirección (si es diferente a la del estudiante):

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Empleador:

Nombre del Padre/Guardián:

Teléfono:

Correo electrónico:

2do Teléfono:

Dirección (si es diferente a la del estudiante):

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Empleador:

OTROS DEPENDIENTES

Por favor enumere los nombres y edades si hubiese otro(s) dependiente(s)* además de el/los estudiante(s) mencionados arriba:

*Dependientes: Su hijo/a biológico/a, su hijo/a adoptivo/a, grandchild, hijastro/a, nieto/a, o un hijo/a adoptivo/a menor de 19 años al finalizar el año. También califica su sobrino/a si es que ha vivido en su casa con usted durante todo el año. Un hijo/a adoptivo/a debe vivir con usted en su casa durante todo el año y aprobado por una agencia de adopción oficial.

DOCUMENTOS PARA ACREDITAR LA AYUDA FINANCIERA

Solamente procesaremos su aplicación si tenemos acceso a al menos uno de los siguientes documentos:

- La primera página de la Forma 1040 del IRS más reciente
- La carta donde se le otorga el AFDC/TANF
- SSI (basado en la aplicación del adulto)
- Información de su estado de desempleo

INFORMACIÓN ADICIONAL **IMPORTANTE: POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCIÓN**

- Yo/Nosotros certifico/certificamos que, de nuestro conocimiento, la información proporcionada en esta aplicación es correcta y verdadera.
- Yo/Nosotros certifico/certificamos que, si la información proporcionada es falsa, esto podría resultar en la pérdida de ayuda financiera de parte de Kansas City Young Audiences.
- Yo/Nosotros entiendo/entendemos que los fondos para las becas son limitados y que las becas se otorgan en orden de llegada dependiendo de la fecha de entrega de la aplicación con los documentos completos.

Firma del Responsable

Fecha

Al recibir la aplicación y la documentación requerida, KCYA revisará su aplicación y le informará si ésta fue aprobada por medio de una llamada telefónica en el plazo de tres días útiles. Para cualquier pregunta ó consulta, por favor llame al 816.531.4022 – se habla español.