

Asistencia del estudiante fondo - SAF Aplicación 2018-2019

Fecha _____ Graduarse clase (circule uno) 2019 2020 2021 2022

Estudiante _____ ID # _____
(Nombre en imprenta)

¿Mejor manera de llegar a usted? [Utilizaremos las aplicaciones recuerda y Mail Chimp en texto y correo electrónico]

CORREO ELECTRÓNICO DE ESTUDIANTE: _____

ESTUDIANTE CELULAR: _____ ¿usted recibir textos? SÍ NO

Padres/Guardianes _____
(Nombre en imprenta)

Dirección _____ ciudad _____ Zip _____

Teléfono recomendado: padres/Guardianes: _____

Es East High su escuela? SI NO My escuela es _____

Usted ha tenido ayuda del fondo de asistencia estudiantil antes? SI NO Numero en Años _____

Usted en una clase Advanced Placement o de Univeridad? SI NO

Usted califica por el programa de almuerzo gratis y/o reducido SI NO

El personal del fondo de asistencia estudiantil va a controlar la asistencia a los estudiantes. La asistencia es una indicacion del deseo para el exito. El objetivo del programar es proporcionar recursos para que los estudiantes sean academicamente exitosos en East High School. **El exito require de la asistencia.**

El fondo de asistencia estudiantil es un programa financiado y administrado por East Angel Alumnos y Amigos de la fundacion, una organizacion sin fines de lucro que apoya una excelente educacion en la escuela East High. Este programa es administrado por voluntarios. Los participantes entienden que este NO es un programa de DPS o East High School. La participacion en este programa es por ELECCION ! Los estudiantes que califican para los programas de apoyo federales deben comunicarse con el trabajador social de la escuela East High.

Estudiante Signature _____ Fecha _____

NATE'S PASS

Pases de transportación pública a precio reducido para jóvenes del Fondo De Asistencia Estudiantil
2018-2019

Una cantidad limitada de pases de transportación pública (RTD) van a estar disponibles mensualmente en la oficina del Fondo De Asistencia Estudiantil. Los términos de la siguiente póliza serán estrictamente considerados.

1. El estudiante deberá tener un contrato con el Fondo De Asistencia Estudiantil en el año presente registrado en la oficina numero 130.
2. **La familia del estudiante deberá calificar bajo los términos de ingreso de transportación pública (RTD).** Habrá pases de autobús al precio reducido de \$20 cada mes. **Solo se acepta efectivo.**
3. **Requisitos de Asistencia:** El personal de este programa estará al tanto de la asistencia del estudiante cada mes. Si el estudiante tiene 8 o más faltas sin permiso/razón, el estudiante **NO será elegible para este programa.**
4. Las calificaciones del estudiante pueden ser consideradas para determinar la elegibilidad de recibir el pase de autobús. **Una F puede descalificarlo.**
5. Los pases de autobús serán distribuidos a los estudiantes calificados que lleguen primero. **Es posible que los pases de autobús se acaben rápidamente.**
6. Los estudiantes elegibles serán agregados al sistema después de **que todos los documentos requeridos** sean devueltos a la oficina 130.
7. Este programa es fundado por **The Nathan Yip Foundation** una fundación local no lucrativa que busca proveer acceso a la educación, capacitación y apoyo continuo a los jóvenes vulnerables en todo el mundo, dándoles las herramientas para ser productivos, contribuyendo a los ciudadanos en sus comunidades.

Una solicitud completa inscribe al estudiante para recibir un pase RTD a precio reducido. Esto no le garantiza al estudiante a un pase de autobús ya que el acceso a este programa es ganado por la buena asistencia y buenas calificaciones.

Yo he leído y comprendo los términos de esta póliza.

Firma del estudiante Fecha

Firma del padre Fecha

Nombre del Estudiante-

Número de Identificación estudiantil



PROGRAMA DE LA AGENCIA SIN FINES DE LUCRO DE TARIFAS REDUCIDAS DE RTD

FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DEL CLIENTE

Declaración de Certificación del Cliente:

Certifico que cumpla con las Pautas de Elegibilidad de Ingresos Brutos Mensuales del Hogar del programa de Tarifas Reducidas de la Agencia sin Fines de Lucro de RTD, que se enumeran a continuación. Entiendo que si mi ingreso bruto mensual del hogar supera la cantidad señalada en la lista de abajo, no soy elegible para recibir ningún **producto de tarifas de RTD**, que haya sido adquirido por el Programa de Tarifas Reducidas de RTD de esta agencia.

Entiendo que puedo perder permanentemente mi elegibilidad por incumplir con estos requisitos.

Nombre (Favor de escribir en letra de imprenta):

Firma

Fecha

Pautas de Elegibilidad de Ingresos Brutos Mensuales del Hogar: (Aplicable a Todos los Clientes de Agencias del Programa de Tarifas Reducidas)

(En vigor desde el 1° de julio de 2018 al 30 de junio de 2019)

<i>Nº. de personas en la familia o tamaño del hogar</i>	<i>Ingresos brutos mensuales del hogar</i>
<i>1</i>	<i>\$1,872</i>
<i>2</i>	<i>\$2,538</i>
<i>3</i>	<i>\$3,204</i>
<i>4</i>	<i>\$3,870</i>
<i>5</i>	<i>\$4,536</i>
<i>6</i>	<i>\$5,202</i>
<i>7</i>	<i>\$5,868</i>
<i>8</i>	<i>\$6,534</i>
<i>Cada miembro adicional agregado</i>	<i>+666</i>

