



Número de Hogar: \_\_\_\_\_

# Forma para renovar la beca

## Programa de la Beca de D.C. Opportunity

### 2012-13

SOLAMENTE PARA TRUST

Fecha: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Iniciales: \_\_\_\_\_

### Instrucciones

- Llene todas las páginas de este forma – **no dejen ninguna pregunta vacio**
- Entrega documentos en persona al oficina del Trust, por fax al 202.478.0991, o por email [info@dcscholarships.org](mailto:info@dcscholarships.org)
- Recibirás una carta por correo con el estado de su renovación
- Permite a lo menos 7-10 días laborales para procesar los documentos

**1. Información de residencia y contacto**

*Llene información para padre/guardián renovando (uds.)*

Nombre del padre/guardián \_\_\_\_\_

Dirección (no casillas de PO) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**2. Información actual de residencia**

a. ¿Cuántas personas viven en su residencia? 1 \_\_\_\_\_  
**Uds.**      # de otros adultos (mayor que 18) \_\_\_\_\_      # de niños (menor que 17) \_\_\_\_\_

b. ¿Qué es su renta o hipoteca mensual?  
 Renta \$ \_\_\_\_\_     Hipoteca \$ \_\_\_\_\_     Otro \_\_\_\_\_

c. ¿Quién paga su renta o hipoteca mensual? (*marque todos los que aplican*)

<input type="checkbox"/> Yo mismo (padre/guardián del OSP)	<input type="checkbox"/> Organización no-gubernamentales
<input type="checkbox"/> DCHA/HCVF/HUD	<input type="checkbox"/> Amigo/a ó familiar (que no vive con uds.)
<input type="checkbox"/> Esposo/a u otro adulto (viviendo con Uds.)	<input type="checkbox"/> Otro: _____

d. Marque todos los que aplican:

<input type="checkbox"/> Vivo con amigo o familia (que no sea niños menores)	<input type="checkbox"/> Vivo con un compañero de cuarto o de casa
------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------

<b>3. Información estudiantil</b>			
<i>Completa la siguiente sección solamente por los estudiantes USANDO la Beca OSP</i>			
	<u>Estudiante OSP 1</u>	<u>Estudiante OSP 2</u>	<u>Estudiante OSP 3</u>
Nombre del estudiante OSP	_____	_____	_____
Escriba el nombre de la escuela (2011-12)	_____	_____	_____
¿Cuán feliz está con la escuela de su niño/a?	<input type="checkbox"/> Muy feliz <input type="checkbox"/> Mas o menos feliz <input type="checkbox"/> Algo descontento <input type="checkbox"/> Muy descontento	<input type="checkbox"/> Muy feliz <input type="checkbox"/> Mas o menos feliz <input type="checkbox"/> Algo descontento <input type="checkbox"/> Muy descontento	<input type="checkbox"/> Muy feliz <input type="checkbox"/> Mas o menos feliz <input type="checkbox"/> Algo descontento <input type="checkbox"/> Muy descontento
¿Cuál escuela asistirá su niño/a en el otoño (2012)?	<i>Escribe el nombre del escuela(s)</i>	<i>Escribe el nombre del escuela(s)</i>	<i>Escribe el nombre del escuela(s)</i>
Regresa a la misma	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Aceptado a una nueva	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Aplicando a nuevas	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Buscando nuevas	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Sin decidir	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
¿Cómo le va con la beca Opportunity este año para su familia?	_____ _____ _____		

**4. Completa la siguiente declaración**  
*Marquen todo los niños – OSP y no-OSP – en su vivienda en cual uds. es el guardián*

Yo, \_\_\_\_\_ certifié que soy el guardián actual del niño(s) anotados abajo:  
*Nombre del padre/guardián OSP*

Nombre de los niño(s) (17 y menor)	Féc. de. nací. (mes/día/año)	Niño adoptivo/Ward de DC (marque)
_____	____/____/____	<input type="checkbox"/>
_____	____/____/____	<input type="checkbox"/>
_____	____/____/____	<input type="checkbox"/>
_____	____/____/____	<input type="checkbox"/>
_____	____/____/____	<input type="checkbox"/>
_____	____/____/____	<input type="checkbox"/>

<b>5. Información del padre/guardián y adultos adicionales</b>			
<i>Las personas quien contribuye a su gastos hogareños y viceversa están incluido en las finanzas de la casa. Llene la tabla para todos los adultos (18+) incluido en las finanzas de su casa.</i>			
	<b>Uds.</b>	<b>Adulto 2</b>	<b>Adulto 3</b>
Nombre	_____	_____	_____
Relación a uds.	Uds.	<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Padre/Padrastro <input type="checkbox"/> Novio/a <input type="checkbox"/> Hijo/a (18+) <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Padre/Padrastro <input type="checkbox"/> Novio/a <input type="checkbox"/> Hijo/a (18+) <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____
Fecha de nacimiento	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Estado Civil y fecha (mes/año)	<input type="checkbox"/> Soltero/a, nunca casado <input type="checkbox"/> Casado/a, fecha: _____ <input type="checkbox"/> Viudo/a, fecha: _____ <input type="checkbox"/> Divorciado/a, fecha: _____ <input type="checkbox"/> Separado/a, fecha: _____	<input type="checkbox"/> Soltero/a, nunca casado <input type="checkbox"/> Casado/a, fecha: _____ <input type="checkbox"/> Viudo/a, fecha: _____ <input type="checkbox"/> Divorciado/a, fecha: _____ <input type="checkbox"/> Separado/a, fecha: _____	<input type="checkbox"/> Soltero/a, nunca casado <input type="checkbox"/> Casado/a, fecha: _____ <input type="checkbox"/> Viudo/a, fecha: _____ <input type="checkbox"/> Divorciado/a, fecha: _____ <input type="checkbox"/> Separado/a, fecha: _____
¿Ahora Mismo, estás trabajando este adulto?	<input type="checkbox"/> Sí, tiempo completo (35+) <input type="checkbox"/> Sí, tiempo medio <input type="checkbox"/> No trabajo ahora	<input type="checkbox"/> Sí, tiempo completo (35+) <input type="checkbox"/> Sí, tiempo medio <input type="checkbox"/> No trabajo ahora	<input type="checkbox"/> Sí, tiempo completo (35+) <input type="checkbox"/> Sí, tiempo medio <input type="checkbox"/> No trabajo ahora
<b>6. ¿Durante los últimos 12 meses , han recibido ayuda del gobierno, SNAP (estampillas de comida), ayuda pública, o beneficios de welfare (ej. TANF/GC) algunos de los adultos en este renovación?</b>			

- Sí      ➡ No marque la tabla abajo. Completa *ESA Statement Release Form*.  
 No      ➡ Marquen la tabla de ingresos para todos adultos en su vivienda.  
 No Sé      ➡ Marquen la tabla para todos adultos en su vivienda y completa *ESA Statement Release Form*.

<b>Fuentes de ingreso (2011)</b>	<b>Uds.</b>	<b>Adulto 2</b>	<b>Adulto 3</b>
No recibí ingreso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Declare/rare impuestos federales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si NO DECLARÓ</b> impuestos: total de sueldos, salarios, propinas	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ingreso de seguro social, jubilación, militar, pensiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pagos por discapacidad (incluir SSI para sus hijos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pagos de manutención de los hijos ó pagos de pensión alimenticia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regalos de familiares o amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro ingresos : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Es requerido presentar documentos oficiales con la suma total por él año 2011**

**7. Contactos adicional**

*No se puede poner uds. mismo como un contacto adicional. Ej. comunes son familiares o vecinos.*

**Contacto adicional 1** Nombre \_\_\_\_\_

Relación a uds. \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

**Contacto adicional 2** Nombre \_\_\_\_\_

Relación a uds. \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

**Contacto estudiantil** Nombre \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**8. Certificación**

Declaro que toda la información en esta solicitud y TODA la documentación complementaria son **verídicas, correctas y completadas** a mi mejor conocimiento, y TODO el ingreso hogareño ha sido declarado. Entiendo que CYITC (la fundación) tendrá acceso a las notas de mi niño/a cuando mi niño/a está participando en el programa y que esta información queda confidencial. **Entiendo que falsificar intencionalmente la información o la documentación tendrá como consecuencia la negación o revocación de la beca, y podría someterme a un proceso judicial contra mi persona según las leyes federales y del Distrito de Columbia.**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/guardián del OSP (escrito)

\_\_\_\_\_  
Fecha