



Solicitud de Beca de Discapacitados/Desplazados para el año escolar 2019-20

Si desea solicitar beca para más de ún estudiante, debe completar una solicitud para cada estudiante por separado.

Regístrese en nuestro sitio de web en www.ibescholarships.org para rastrear las becas de su (s) estudiante (s) en línea.

Los padres o guardianes deben completar esta solicitud.

Fecha de plazo para que se incluya su solicitud en la revisión de becas es **Agosto 15, 2019**.

Información de los padres/guardianes:

Título: Sr. Srta. Sra. Sr. y Sra. Dr. y Sra. Sr. y Dra. Dr. y Dra.

Nombre del primer padre/guardian: _____

Nombre del Segundo padres/guardian: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Número alternativo: _____ E-mail: _____

Nombre de la persona a la que se le permite solicitar información sobre su expediente, en su caso, que no sea el/los guardian(es) enumerados anteriormente: _____ Número de teléfono de la Persona Autorizada: _____

Estudiante I:

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre (antes de adopción): _____ Si en Crianza Temporal, No. de SS _____

Círcule el grado en 2019-20: Pre-Esc Discapacitado K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Escuela privada donde asiste a **tiempo completo**: (2019-20) _____ Matrícula anual: _____

Escuela privada donde asistió en el año escolar: (2018-19) _____ (Círcule uno): pública privada

Elegibilidad

Uno de los siguientes criterios se deben aplicar a este estudiante para ser considerados para una beca de Discapacitados/Desplazados. Por favor marque la casilla apropiado y envíe cualquier documentación requerida.

Actualmente, un niño en edad pre-escolar con discapacidad. **Debe proporcionar una copia de su IEP o MET de una escuela pública de Arizona.**

El estudiante esta discapacitado en un grado de Kindergarten al 12 y tiene un IEP o MET de una escuela pública en Arizona. **Debe proporcionar una copia de su IEP, MET, o 504 de una escuela pública de Arizona.**

El estudiante estuvo en algún tiempo en el sistema de crianza temporal. Esto sera verificado con el Departamento de Seguridad Económico.



Solicitud de Beca de Discapacitados/Desplazados para el año escolar 2019-20

Información Financiera:

- Liste **todas** las personas que viven en el hogar, incluyendo los niños. Esto incluye a ti mismo, a tu cónyuge, a cada niño, a tus nietos, familiares o cualquier otra persona que viva en su hogar al tiempo de completar la aplicación.
- Incluya los ingresos brutos **anuales** (antes de impuestos) para todos los miembros del hogar. Marque "sin ingresos" para cualquier persona que no reciba ingresos.
- IBE no aceptará aplicaciones con \$0 de ingresos para el hogar. Si su familia realmente no tiene ingresos, IBE requiere un carta de explicación.
- NUEVO!** IBE requiere los últimos dos (2) talones de pago de todos que reciben ingresos en el hogar. Si no tiene talones de pago, IBE requiere los últimos dos (2) estados de cuenta del tipo de ingresos que se reciben. Estos pueden incluir, pero no se limita a: beneficios de Seguro Social, de Bienestar, de Jubilación, de Manutención o mantenimiento, o cuentas bancarias. Puede adjuntar un carta de explicación si desea explicar alguna situación financiera.

Nombre	Tipo: C - Niño P - Padre O - Otros	Ganancias De Trabajo (antes de impuestos)	Bienestar, Manutención, Pensión de Alimenticia	Pensiones, Jubilación, Seguro Social	Ingresos adicionales	Marque si no tiene ingresos	Marque si el Niño/a esta en crianza temporal
Ejemplo: John Smith	P	\$40 mil anuales				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las solicitudes incompletas no serán procesadas.

Yo confirmo que soy el padre/la madre/o guardián de los niños enumerados en esta solicitud. Toda la información reportada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Yo confirmo que estoy conciente de que si mi(s) estudiante(s) recibe(n) Cuenta(s) de Empoderamiento de Becas (ESA) o fondos públicos para servicios de educación especial, no son elegibles para recibir becas de cualquier STO. Notificaré de inmediatamente a IBE si recibe(n) una de estas becas en el mismo año escolar por cual se metio la sollicitud a IBE.

Yo confirmo que estoy incluyendo la documentación financiera que se requiere y cualquier otra documentación de elegibilidad aplicable.

Nombre en prenta: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Aviso (A.R.S 43-1603): Una organización de matricula escolar no puede otorgar, restringir o reservar becas basadas uicamente en la recomendación de ur encontribuyente no puede reclamar un crédito fiscal si el contribuyente acepta intercambiar donaciones con otro contribuyente para beneficiar al propio dependiente.