



Solicitud de Beca 2024-2025

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.

A partir del 1 de junio, las solicitudes de ayuda financiera se evaluarán y otorgarán mensualmente hasta que se agoten los fondos.

Requisitos de Solicitud

- Estudiante debe estar en los grados K-12 o de edad pre-escolar con un IEP o MET de una escuela pública de Arizona.
- Estudiante debe estar inscrito por tiempo completo en una escuela privada de Arizona.
- Estudiante puede calificar por becas adicionales si alguno de lo siguiente aplica:
 - Entrando al Kinder.
 - Transfiriéndose de:
 - Una escuela pública o autónoma de Arizona con por lo menos 90 días de asistencia en el año escolar anterior, o
 - Un programa de educación en casa de Arizona, o
 - El programa Empowerment Scholarship Account (ESA), o
 - Una escuela pública, privada, o programa de educación en casa de fuera del estado o país.
 - Dependiente de un militar en servicio activo con órdenes en Arizona.
 - Recibió una beca de "PLUS"/De Cambio, Corporativa de bajos ingresos, o Corporativa para Discapacitados/Desplazados en cualquier año escolar anterior y continúa en una escuela privada.
- Estudiante puede calificar por becas adicionales si cumplen con los requisitos de límites de bajos ingresos corporativos ordenados por el estado de Arizona
- Si la familia cumple con los límites de ingresos en la tabla y algún niño(a) cumple con el punto de calificación, la familia califica para el programa Corporativa de Bajos Ingresos y la familia debe presentar las dos declaraciones de pago más recientes de cualquier persona que tenga ingresos en el hogar.

Household size	185% and below
2	\$67,492.00
3	\$85,083.00
4	\$102,675.00
5	\$120,267.00
6	\$137,858.00
7	\$155,450.00
8	\$173,042.00

Información de los padres/guardianes:

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

Nombre del padre/guardián primario: _____

Nombre del padre/guardián secundario: _____

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

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

Persona autorizada a solicitar información sobre su expediente familiar además de el/los guardián(es):

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del padre/guardián: _____

Desea solicitar: Ayuda financiera Fondos recomendados (donaciones de créditos fiscales)

Estudiante 1:

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Marque el grado en 2024-25:

Pre-Escolar Discapacitado K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

El estudiante está solicitando (aceptando ESA) Si No

El estudiante está solicitando (no asiste actualmente) Si No

Escuela privada asistiendo por **tiempo completo**: (2024-25) _____ Matrícula anual: _____

Oportunidades de Becas Adicionales:

Marque todo lo que aplique a su niño(a) y provea la documentación que se requiera.

Estudiante de Kinder

Dependiente de un militar de servicio activo estacionado en Arizona. **Adjunte una copia de las órdenes militares.**

Dependiente del veteran military. **Adjunte una copia de Forma DD 214**

Transfiriéndose de:

-una escuela pública o autónoma de Arizona después de haber asistido por lo menos 90 días en el año académico anterior. **Deben completar la forma “Verificación de Asistencia” que se encuentra en las formas en www.ibescholarships.org**

-un programa de educación en casa en Arizona o el programa de ESA de Arizona o fuera del estado o fuera del país. **Debe completar la forma “Verificación de Transferencia” que enumera la documentación requerida que se encuentra en www.ibescholarships.org**

Recibió una beca de “PLUS”/De Cambio, Corporativa de bajos ingresos, o Corporativa para Discapacitados/Desplazados en cualquier año escolar anterior y continúa en una escuela privada

Recibió una beca en un año académico anterior y continuó asistiendo a una escuela privada calificada. **Debe completar la forma “Verificación de Beca Previa” que se encuentra en www.ibescholarships.org, si fue otorgada por otra organización que no sea IBE.**

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

Alumno con un IEP, MET, o Plan 504 de una escuela pública de Arizona. **Debe proveer una copia del IEP, MET, o Plan 504 de la escuela pública de Arizona.**

Un niño(a) que estaba o actualmente está en el sistema de cuidado de crianza del estado de Arizona.

Para estudiantes múltiples por favor imprima copias adicionales de esta página.

Información Financiera:

1. Enumere **todas** las personas que viven en el hogar, incluyendo los niños. Esto incluye a sí mismo, a su cónyuge, cada hijo, nietos, familiares o cualquier otra persona que viva en su residencia a tiempo completo al tiempo de completar la aplicación.
2. Incluya los ingresos brutos **anuales** (antes de impuestos) de todos los miembros del hogar. Marque "sin ingresos" para cualquier persona que no reciba ingresos.
3. IBE no aceptará aplicaciones con \$0 de ingresos para el hogar. Si su familia realmente no tiene ingresos, IBE requiere una carta de explicación.
4. Si aplica para el programa Corporativo, IBE requiere por persona dos (2) estados de cuenta **más recientes** del tipo de ingresos que se reciben. Estos pueden incluir, pero no se limita a: talones de pago, beneficios de Seguro Social, de Bienestar, de Jubilación, de Manutención o mantenimiento, o cuentas bancarias. Puede adjuntar una carta de explicación si desea explicar alguna situación financiera.

Nombre	Tipo: C - Niño P - Padre O - Otros	Ganancias Brutas De Trabajo	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: Jesus Vargas	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"/>

No se procesarán solicitudes incompletas.

- Yo confirmo que *soy el padre/guardián legal de los niños enumerados en esta solicitud y toda información es verídica y correcta.*
- Yo confirmo que mi estudiante(s) **no** recibe(n) ESA (Empowerment Scholarship Account), entiendo que no son elegibles para recibir becas de STOs si están bajo contrato con ESA y le avisaré a IBE inmediatamente si llega(n) a recibir ESA durante el mismo año escolar en que apliqué 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 matrícula escolar no puede otorgar, restringir o reservar becas basándose únicamente en la recomendación de un donante. Un contribuyente no puede reclamar un crédito fiscal como intercambio de donaciones con otro contribuyente para el beneficio de los dependientes de ambos contribuyentes.