

Forma de Ayuda Financiera Confidencial

Las Girl Scouts de Southeastern New England se compromete a eliminar barreras entre las participantes del programa de las Girl Scouts.

Por favor de llenar todos los espacios: Niña Adulto Nueva Re-registración

Nombre _____ Teléfono _____ Tropa # _____

Dirección _____ Correo Eléct. _____

Custodia de Padre(s): Ambos Padres Madre Padre Otro: _____

Información Financiera de la Familia:

¿Recibe asistencia de? FIP (AFDC), Seguro Social, DHS, o EBT (sellos de alimento) Si No Si, ¿qué tipo de ayuda?

¿Recibe usted manutención de hijos? Si No

Por favor marque si es elegible para Comida Gratis en la Escuela Comida reducida No es elegible N/A

Niños viviendo en el mismo hogar # de niños _____ # de otros dependientes _____

Ingreso de la Familia a la fecha de la aplicación:

Familia de 2: menos de \$15,510 \$15,511 - \$31,020 \$31,021 - \$46,530 más de \$46,531

Familia de 3: menos de \$19,530 \$19,531 - \$39,060 \$39,061 - \$58,590 más de \$58,591

Familia de 4: menos de \$23,550 \$23,551 - \$47,100 \$47,101 - \$70,650 más de \$70,651

Familia de 5: menos de \$27,570 \$27,571 - \$55,140 \$55,141 - \$82,710 más de \$82,711

Familia de 6: menos de \$31,590 \$31,591 - \$63,180 \$63,181 - \$94,770 más de \$94,771

Este año participará en: Se un lector: Si _____ No _____ Ventas de Galletas: Si _____ No _____

Estoy solicitando ayuda para: Membresía Anual (\$25) \$ _____

Otro + \$ _____

Contribución Familiar..... - \$ _____

Total Solicitud Financiera \$ _____

La siguiente información es verdadera según mi leal saber y entender. Yo entiendo que esta información es confidencial y solamente la verán aquellos que están autorizados para determinar la ayuda de asistencia financiera.

Firma _____ Fecha _____

Office Use:
Date Received: _____
Date Granted: _____
Membership Specialist: _____
Fund Code: _____

