



FUNDACIÓN SEDOL VERANO PROGRAMA de BACOS APLICACIÓN

SECCIÓN I: PROGRAMA DE VERANO PROPUESTO

Por favor adjunte una copia de la descripción del programa campamento y coste (de folleto o página web)

Nombre del programa: _____

Nombre y Dirección del Distrito del Porque o asociación: _____
distrito del porque o asociacion

_____ calle _____ ciudad, estado _____ zip code

¿Está disponible el programa en sesiones más cortas?: Sí No

Número de sesiones solicitadas: _____ Duración de cada sesión: _____ Costo por sesión: \$ _____

¿Está el programa patrocinado por la comunidad local o el distrito de parques? Sí No

Si no, indique la razón por qué no seleccionó el programa de campamento local.

¿Donará dinero su comunidad o el programa de distrito de parques para los gastos de este campamento? Sí: \$ _____ Cantidad No

Esta sección debe completarse: **Costo Total del Programa:** \$ _____

Cantidad que usted puede pagar: \$ _____

Cantidad de beca solicitada: \$ _____

¿Ha solicitado usted alguna otra beca para campamentos este año? Sí No

Si sí, escriba el nombre y la dirección del grupo o grupos donde ha solicitado:

¿Qué hará su hijo o hija si no participa en este programa?

SECCIÓN II: INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos Anuales en su hogar (Incluye todas las fuentes de ingresos, como por ejemplo salarios, ayuda pública, mantenimiento de niños, y otra asistencia del gobierno). La Fundación SEDOL puede solicitarle verificación de estos ingresos. Toda la información es confidencial.

\$0 to \$15,000

\$25,001 to \$40,000

\$50,001 to \$60,000

\$15,001 to \$25,000

\$40,001 to \$50,000

Over \$60,000

Número de personas en la casa: ____ Número de adultos: ____ Número de niños (de 18 años o menos): ____

Edades de los niños en la casa: _____

¿Recibe su hijo o hija Ayuda Médica (Medicaid) o SSI?: ____Sí ____No

Por favor describa cualquier circunstancia extenuante o inusual (facturas médicas, cargas financieras excesivas, etc.):

SECCIÓN III: INFORMACIÓN SOBRE EL/LA ESTUDIANTE

Nombre del/de la estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Disability: _____

Nombre del Padre/Madre/Guardián: _____

Dirección: _____
calle ciudad, estado zip code

Distrito de residencia: _____ Escuela actual: _____

Maestro/Maestra actual: _____

Trabajador(a) social/Psicólogo(a) actual (si tiene): _____

SECCIÓN IV: VERIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Entiendo que esta solicitud es confidencial y va a ser evaluada para determinarse si soy elegible para recibir una beca. Entiendo que la beca va a ser determinada con base en necesidad y disposición de fondos del Programa de Becas de la Fundación SEDOL. He contestado todas las preguntas anteriores honestamente y completamente.

Firma del Padre/Madre o Guardián: _____

Relación con el/la estudiante: _____

Fecha: _____

Las APLICACIONES DEBEN SER RECIBIDAS POR 13 de ABRIL

Volver solicitud completa y una copia de la descripción del programa de campamento y el costo (de folleto o página web)

**Heather Carey
SEDOL Summer Camp Scholarships
18160 Gages Lake Road
Gages Lake, IL 60030-1819**

LOS RECIPIENTES DE BECAS SERÁN NOTIFICADOS POR 15 DE MAYO.

DIRIJA CUALQUIER PREGUNTA A LINDA AMUNDSEN EN 847-986-2325