

FORMA B

Valley Behavioral Health
 Carmen B. Pingree Autism Center of Learning
 (Centro de Autismo para Aprendizaje Carmen B. Pingree)
 Aplicación para Ubicación/Admisión y Acuerdo a Pagar Matrícula SIN Ayuda Financiera
 (aparte de la beca Carson Smith) **para 7mo grado y grados superiores** o Ingreso Bruto
 Ajustado (AGI) de más de \$115,000.00.
 Año Escolar 2016-2017

Favor de poner sus iniciales en cada linea indicando que ha incluido o completado toda esta información ANTES de entregar la aplicación:

1. _____ Esta forma ha sido llenada en su totalidad
2. _____ Ha incluido una copia de su más reciente declaración de impuestos federal o planilla
3. _____ Ha incluido copias de sus talonarios de los últimos 3 meses
4. _____ Ha firmado en todas las areas donde su firma se requiera

Nombre del Estudiante:	Fecha de Nacimiento del Estudiante:
Grado del estudiante para el año 2016-2017:	Grado Actual y Distrito Escolar:
1. Nombre del Padre/Tutor Legal:	2. Nombre del Padre/Tutor Legal:
Dirección de Domicilio:	Dirección de Domicilio:
Ciudad, Código Postal:	Ciudad, Código Postal:
Estado Civil:	Estado Civil:
Empleador:	Empleador:
Teléfonos: Casa: Trabajo:	Teléfonos: Casa: Trabajo:
¿Cuántos dependientes tiene usted?	¿Cuántos dependientes tiene usted?

* ¿Ha sido su hijo aprobado anteriormente por la Oficina de Educación del Estado de Utah para recibir fondos de la beca Carson Smith?	SÍ	NO
Si su respuesta es NO, ¿usted está planeando aplicar para la beca Carson Smith?	SÍ	NO

¿Alguna vez se ha declarado en quiebra o bancarrota? ___SÍ ___NO Año: 19____ 20____

Estoy/Estamos de acuerdo en pagar la matrícula total para el año escolar 2016-2017 , si mi/nuestro hijo es aceptado en VBH Carmen B Pingree Autism Center of Learning (Centro de Autismo de Aprendizaje Carmen B. Pingree). Además estoy/estamos de acuerdo en proveer la información mencionada anteriormente en el momento de la aplicación. Además, yo/nosotros autorizamos cualquier verificación requerida, incluyendo un reporte de la agencia de crédito.

Yo/Nosotros entendemos que si esta información es determinada falsa o engañosa, dicha determinación resultará en la negación de servicios y seré/seremos responsables por el pago de los cargos por los servicios prestados. Entiendo/entendemos que algunos servicios proveídos podrían calificar para reembolso por medio del seguro/aseguranza médica y se facturarán a mi/nuestro plan de servicios médicos. Además entiendo/entendemos que cualquier reembolso recibido será deducido de mi obligación.

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Favor de completar y adjuntar a la Forma A o B

Información Específica de Ingresos MENSUALES				
	1 Padre/Tutor Legal		2 Padre/Tutor Legal	
Salario(s) (antes de deducciones)				
Pensión(es)				
Ingresos del Seguro Social				
Pensión Alimenticia/Manutención				
Dividendos/Intereses/Seguros				
Ingresos de Renta(s)				
Sucesiones y Fideicomisos de Ingresos				
Asistencia Pública/Bienestar				
Compensación de los Trabajadores/Discapacidad				
Cupones de Alimentos				
Otros				
Total:				
BIENES				
Efectivo/Cheques	\$	Inversiones	\$	
Ahorros	\$	Acciones/Bonos	\$	
Otros	\$			

¿Tiene circunstancias atenuantes que deben tomarse en consideración al determinar posibles ayudas financieras? Usted podría incluir una carta adicional si desea.

Acuerdo de Aplicación

Por la presente declaro que la información proporcionada en este documento es verdadera y completa. Autorizo cualquier verificación requerida, incluyendo un reporte de la agencia de crédito. Entiendo que si esta información se determina falsa o engañosa, dicha determinación resultará en la negación de servicios sin compensación y seré responsable del pago de los cargos por todos los servicios prestados.

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha