

KEDS Scholarship Application Form 2011-2012

Please fill out and return to your school's KEDs office for your child to be considered for a full or partial scholarship.

Child's Name: _____
 (First) (Last) (Middle)

Parent's or Guardian's Name: _____

Parent's or Guardian's Signature: _____

My student qualifies for:
 free lunch _____ YES Application is on file at the school office
 reduced lunch _____ YES (Applications can be obtained in the school office.)

Please list **all** members of household: **(Please Print)**

Names	Relationship to Applicant	Monthly Family Income
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Please note: The head of household must complete and sign this statement and complete the above information for all family members and provide verification of income (most recent months of check stubs, tax return or verification of employment) before this application can be considered.

I declare, under penalty of perjury, that the information contained on this page is true and correct to the best of my knowledge.

Signature: _____ Date: _____

Printed Name: _____ Home phone: () _____

Cell phone: () _____ Work phone: () _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

For Office Use Only:
 Fee per child: \$ _____ per day Monthly Fee: \$ _____ Start Date: _____

A **household** means a group of related, or unrelated, individuals who are living as one economic unit and sharing living expenses. **Income should include: work earnings, welfare, child support, alimony,** and any other income that helps meet the needs of the family.

Formulario de solicitud para una Beca de KEDS 2011-2012

Please fill out and return to your school's KEDs office for your child to be considered for a full or partial scholarship.

Favor de completar y entregar a la oficina de KEDS para que su hijo sea considerado para una media beca.

Nombre del estudiante: _____
 (primer) _____ (último) _____ (segundo)

Nombre del Padre o guardian legal: _____

Firma del Padre o guardian legal _____

Mi hijo califica para almuerzo:

Gratis _____ Si La aplicación esta en los archivos de la oficina de la escuela
 reducido _____ Si (puede revisar la aplicación que esta en los archivos de la oficina de la escuela
 Verificado (uso de oficina únicamente) _____

Escriba los nombres de todos los miembros del hogar: **(Please Print)**

Nombre	Relación	Ingreso Mensual
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Nota importante: La cabeza de familia debe llenar y firmar esta solicitud y completar la información anterior para todos los miembros de la familia y entregar verificación de ingresos (meses más recientes de talones de cheques, declaración de impuestos o de verificación de empleo) antes de que esta solicitud pueda ser conderada.

Declaro bajo pena de perjurio que toda la información es correcta y verdadera a lo mejor de mi conocimiento..

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre impreso: _____ **Número de Teléfono de casa:**() _____

Nú. de celular: () _____ **Nú. de trabajo:** () _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Co. Postal:** _____

Para uso de oficina únicamente

Fee per child: \$ _____ per day Monthly Fee: \$ _____ Start Date: _____

Un hogar , incluye un grupo de gente con o sin relacion familiar. Un grupo de personas que comparte los gastos econimicos de la casa. Los ingresos incluyen **sueldo de trabajo, beneficios de Welfare, manutencion ,pencion alimenticia, ,** o cualquier otro sueldo que tenga la familia