



CONFIDENCIAL

**SCOPE EDUCATION SERVICES
SOLICITUD DE BECA DE SERVICIOS ESTUDIANTILES**

Fecha de inicio efectiva solicitada y año escolar: _____

Nombre del Niño: _____ Nombre del padre/guardián: _____

Calle: _____ Pueblo: _____ Código postal: _____

Teléfono durante el día: (____) _____ Distrito: _____ Sitio del programa: _____

Programa (Círculo): AM-Cuidado de niños PM-Cuidado de niños Cuidado de niños infantil Pre-K
Marque un círculo: Tiempo Parcial Tiempo completo

Matrícula mensual de SCOPE actual: \$ _____

Esta su hijo actualmente inscrito en el programa de SCOPE para el que solicita esta beca? _____

Si la respuesta es "Si" proporcione el número de cuenta del estudiante de SCOPE: _____

Está volviendo a solicitar una beca de alcance? _____ Si la respuesta es "Si", proporcione el dinero total otorgada por la beca: _____ y la fecha de vigencia de la beca ____/____/____.

Ha solicitado financiación a través del Departamento de Servicios Sociales? Yes _____ No _____

***Si la respuesta es "No" debe someterse a una evaluación previa para obtener fondos para el cuidado infantil a través del Departamento de Servicios Sociales antes de que pueda ser considerado para una beca de SCOPE. Contacta con el departamento de servicios sociales @ (631) 854-3349 (Condado de Suffolk) o (516) 227-7976 (Condado de Nassau).**

Si ha solicitado fondos a través del Departamento de Servicios Sociales, proporcione su estado actual, asistente social y adjunte la documentación de respaldo:

Ha Solicitado el programa de almuerzo gratuito o de almuerzo reducido de la escuela*? Sí _____ No _____

Si la respuesta es "No" debe presentar una solicitud para el Programa de almuerzo gratis/reducido antes de que pueda ser considerado para una beca de SCOPE. Para solicitar el programa de almuerzo gratis/reducido, comuníquese con la escuela de su hijo para obtener el formulario necesario.

Ha sido aprobado para almuerzo gratis o reducido? _____ Si la respuesta es "Si" adjunte la documentación de aprobación para ser elegible para una reducción de matrícula.

Cantidad de solicitud de beca (Círculo): 100% 75% 50% 25%

Se debe enviar una breve explicación por escrito de la necesidad de una beca de SCOPE con esta solicitud. Toda la información permanecerá confidencial. Las becas son limitadas y se otorgan según sea necesario para los niños inscritos en un programa de servicio estudiantil de SCOPE. Envíe la solicitud completa con la carta requerida a:

SCOPE Education Services, 100 Lawrence Ave., Smithtown, NY 11787

Attn: SCOPE Director for Student Services

(El formulario completo y la carta también se pueden enviar por fax) to 631-881-9672

Mi firma a continuación verifica que esta información sea verdadera y precisa.

Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA (Para ser completado por la Administración de SCOPE)

Solicitud: _____ Aprobada _____ Negada _____ Cantidad \$ _____

(Firma del Director de Servicios Estudiantiles)

(Fecha)