



CONFIDENCIAL

26/27 SOLICITUD DE BECAS DE LOS SERVICIOS EDUCATIVOS DE SCOPE

Nombre del niño: _____ Nombre del padre/tutor: _____
Fecha de inicio y curso escolar solicitados: _____ Distrito: _____ Colegio: _____
Teléfono diurno #: _____ Sesión solicitada (Circle One) AM o PM o AMBOS

Calle: _____ Pueblo: _____ Código Postal: _____

¿Está tu hijo inscrito actualmente en un Programa de Cuidado Infantil SCOPE? SÍ o NO

Si es así, cuenta # _____ Previsto para el 26/27 Círculo Uno Elige tus días o días consistentes (a tiempo completo)

¿Estás volviendo a solicitar una beca SCOPE?

Si es así, por favor proporcione la concesión total de la beca: \$ _____ beca durante el curso escolar

Cantidad de beca solicitada: 100% 75% 50% 25%

1. Todos los solicitantes de **becas deben** pasar por un proceso de selección para la elegibilidad del Departamento de Servicios Sociales.

Si **has solicitado** financiación, por favor proporciona tu estado actual y tu caso de trabajo. Adjunta la documentación que lo respalde.

Estado: _____ Nombre del trabajador social: _____ Caso # si está disponible: _____

Si **no has** solicitado, sigue el enlace y completa la solicitud. [hs.ocfs.ny.gov/CCAPeligibility/](https://ocfs.ny.gov/CCAPeligibility/). También puede contactar directamente con el Departamento de Servicios Sociales en el 631-854-3349 (condado de Suffolk) o 516-227-7976 (condado de Nassau).

Esta herramienta de selección permite a padres y cuidadores ver si cumplen los requisitos para un cuidado infantil económico o gratuito. El cuestionario tardará 10 minutos en completarse. **Debes incluir una captura de pantalla de la finalización del cuestionario que indique tu elegibilidad.** Si esto te hace pensar que podrías ser elegible, tendrás que hacer un seguimiento para determinar tu cualificación para cualquier posible financiación.

2. Todos los solicitantes de becas deben presentar la primera página de su Declaración de Impuestos Federales 24/25 (por favor retire los números # de la Seguridad Social) para determinar la elegibilidad para el programa de Comida Gratuita y Reducida según las directrices federales. El enlace de la guía se incluye a continuación.

<https://www.federalregister.gov/documents/2024/02/20/2024-03355/child-nutrition-programs-income-eligibility-guidelines#p-15>

3. Debe incluirse y presentarse una breve explicación sobre la necesidad de la Beca SCOPE junto con esta solicitud. Toda la información permanecerá confidencial. Las becas son limitadas y se concederán según sea necesario para los niños inscritos en un Programa de Servicio Estudiantil SCOPE.

4. Envía la solicitud completada por correo electrónico a: dpendel@scopeonline.us o sscatoni@scopeonline.us o fax al 631-881-9672

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

Padre/tutor: _____ Fecha: _____

NO ESCRIBAS DEBAJO DE ESTA LÍNEA (A COMPLETAR POR LA ADMINISTRACIÓN DE SCOPE)

Solicitud de beca 2026/2027 mayo 2026

Solicitud: Aprobada _____

Denegado _____

Cantidad \$: _____

Director de Servicios Estudiantiles

Fecha: _____



¿HAS INCLUIDO LO SIGUIENTE?

- ◇ SOLICITUD COMPLETA
- ◇ DOCUMENTACIÓN O CAPTURA DE PANTALLA DEL DSS QUE CONFIRMA LA FINALIZACIÓN DE LA SELECCIÓN
- ◇ DECLARACIÓN DE IMPUESTOS DE 2025 PÁG. 1 ~ *POR FAVOR, BLANQUEA LA FECHA DE NACIMIENTO Y LA SEGURIDAD SOCIAL#*
- ◇ NARRATIVA QUE DESCRIBE TU SITUACIÓN

Nota: Las becas no se considerarán sin todas las opciones anteriores. Envía un correo electrónico a dpendel@scopeonline.us o sscatoni@scopeonline.us o fax al 631-881-9672