girl scouts
greater los angeles
www.girlscoutsLA.org

Aplicación de Asistencia Financiera para las Niñas

Nombre de la Niña_____ Fecha de Nacimiento_____
Programa que están solicitando_____
Nombre(s) de el/los padre(s)_____
Domicilio_____
Ciudad_____ Código Postal_____
Teléfono durante el día_____ Teléfono de noche _____
Teléfono movil _____ Correo Electrónico_____

Ingreso total del hogar (antes de impuestos) – incluya cualquier ayuda financiera recibida, incluyendo asistencia de bienestar, el manutención del menores, cupones de alimentos, etc.
$_____

Por favor marque lo que le corresponda:

- ❑ Adoptivo o Cuidado de Guarda
- ❑ Gratis o Programa de almuerzo reducido de escuela
- ❑ Recibo beneficios de asistencia pública

Número de miembros de la familia que dependen de este ingreso_____

Por favor haga una lista de las circunstancias extenuantes que deben ser consideradas al revisar esta aplicación:

_____
_____
_____
_____

Certifico que la infomarción antedicha es la verdad a lo major de mi conocimiento. Presentaré a petición los documentos que verifican la información que he listado. Comprendo que toda la información que he dado es confidencial.

_____	_____	_____
Escriba su Nombre	Firma	Fecha

_ *Asistencia Financiera dependera de los fondos disponibles* _

Sólo para uso de la oficina
Cuota para el programa_____
Cantidad concedida_____
Aprovada por _____ Fecha_____