



Catholic Preschool
bilingual.bilingüe

**SANTA TERESITA PRESCHOOL
CONFIDENTIAL FINANCIAL AID
APPLICATION FORM SCHOOL
YEAR 2025-2026**

Aplicación para asistencia financiera

Escriba el nombre del niño/s que por el cual aplica

Apellido

Nombre

Responsabilidad Financiera del Padre, Madre, Tutor o Encargado

Apellido _____ Nombre _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Ocupación _____

Teléfono # _____ Teléfono del trabajo # _____

Padre, Madre, Tutor o Encargado

Apellido _____ Nombre _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Ocupación _____

Teléfono # _____ Teléfono del trabajo # _____

Estado Marital de los Padres

___ Solteros ___ Casados ___ Divorciados ___ Divorciados y vueltos a casar

___ Padre Fallecido ___ Madre Fallecida ___ Separados ___ Unión Civil

Tamaño de la familia en total:

Incluyendo padre, madre, hijos y cualquier otra persona dependiente o residente que los padres de familia sean responsables financieramente de la misma: _____

Información de Impuestos de la Familia

Ingreso total de dinero generado en el año fiscal 2024

\$ _____

Por favor adjunte una copia de sus impuestos del año 2024 Fomulario 1040

Ingresos anuales no imponibles

Pensión Alimenticia _____ Asistencia Social _____ Seguro Social _____

Estampillas de Comida _____

Valor actual de efectivo, ahorros, cuenta corriente: _____

Pagos Mensuales: Residencia Familiar: Propietario ___ Renta ___ Pago Mensual \$ _____

Electricidad: _____ Gas: _____ Teléfono: _____

Cable _____ Servicios de Internet: _____ Seguro: _____

Carro/Auto: _____ Comida: _____ Tarjetas de Crédito: _____

Educación: _____ Médicos/Medicinas: _____ Otros: _____

Gastos educativos para niños que no asisten a la Escuela St. Cecilia: _____

Cuánto puede pagar por la cuota de su niño/a? _____

Circunstancias Especiales ___: _____

Tiene hijos que asisten a la Escuela St. Cecilia? Yes _____ No _____

Si la respuesta es SI, cuántos? _____

FAMILY SERVICES

Para poder aplicar para esta beca, debe ya haber sido rechazado por Family Services o no poder aplicar a este beneficio por otro motivo que no sean economicos.

- Ya aplique y me la negaron. Razón: _____
- No puedo aplicar. Razón: _____

Yo declaro que toda la información en esta aplicación es verdadera, correcta y completa.

Firma de la persona financieramente responsable

Padre/Madre/Tutor/Encargado: _____

Para uso de la oficina: Aprobado: Si _____ No _____

Beca otorgada:\$ _____ Hasta _____ Revisado por: _____