

**2022-2023 Roseville Area Schools  
Solicitud de Asistencia Financiera de Pre-K**



**Roseville Area Schools**

Quality Teaching & Learning for All...Equity in All We Do

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha del nacimiento \_\_\_\_\_  
Nombres de los padres: \_\_\_\_\_  
Dirección de la casa \_\_\_\_\_  
Número de teléfono \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

*La información pedida en esta forma nos ayuda a entender más sobre cómo podemos apoyar las necesidades de su familia y para determinar si su familia se califica para asistencia financiera.*

**¿Con quién vive el niño o niña? (escoje los que aplique a su familia)**

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Madre       | <input type="checkbox"/> Foster Care (cuidado de crianza) |
| <input type="checkbox"/> Padre       | <input type="checkbox"/> Otro: _____                      |
| <input type="checkbox"/> Los abuelos |   |

**¿Cuántas personas viven en su casa?** Adultos \_\_\_\_\_ Niños \_\_\_\_\_

**¿Cuál es el nivel más alta de educación que usted ha completado?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 8 grado                          | <input type="checkbox"/> Algunas clases de universidad |
| <input type="checkbox"/> 12 grado (no se graduó)          | <input type="checkbox"/> Título de asociado            |
| <input type="checkbox"/> Diploma de la escuela secundaria | <input type="checkbox"/> El Bachillerato o más         |

**¿Participas en alguno de estos programas?**

- Child Care Assistance (CCAP)
- MN Family Investment Program (MFIP)
- WIC
- Almuerzo escolar gratis o precio reducido
- Asistencia Medica
- Apoyo de comida (SNAP)
- Niño recibe servicios de educación especial de la educación temprana
- Child and Adult Care Food Program (CACFP)
- Head Start

Foster care

**Other family factors. Mark all that apply.**

- Inglés es idioma secundario (ELL)
- Sin hogar
- Condición médica crónica
- Perdido de ingresos a causa del Covid
- Otra: explica por favor:

**¿Cuántos son los ingresos de su casa?**

\$ \_\_\_\_\_ annual/semanal/cada 2 semanas/mensual (circula una opción)

**Están recibiendo, o han recibido una beca de Pathways 1 o 2 ahora o en el pasado? Sí/No**

**Su hijo/a ha estado en un programa de Pre-K antes? Si o No? Si contestaste que sí, en donde asistió?** \_\_\_\_\_

*Verifico que toda la información aquí es verdadera a lo mejor de mi conocimiento.*

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

*Esta información no garantiza que podemos ofrecer un descuento. Es posible que un descuento de tarifa móvil esté disponible basado en los ingresos y otros factores. Es posible que requerimos más información financiera. Es posible que les pediremos proveer prueba de ingresos antes de que la beca pueda estar finalizada. Si usted tiene preguntas, por favor llame al 651-604-3578.*