



# Somerville Public Schools

Education • Inspiration • Excellence

## Community Schools

167 Holland Street, Room 132  
Somerville, MA 02144  
www.somerville.k12.ma.us  
T 617-625-6600 x6977 · F 617-666-1819

### Aplicación para Asistencia Financiera

**Las Escuelas Comunitarias están felices de proveer tanta asistencia como sea posible para las familias que califican para la programación para después de la escuela.**

Basado en los diferentes recursos disponibles, las Escuelas Comunitarias están felices de poder proveer tanta asistencia como sea posible para las familias que califican para el cuidado y enriquecimiento para después de la escuela. Asistencia de ayuda financiera esta basado en una revisión de la aplicación de los ingresos del cabeza de casa y toma en cuenta circunstancia atenuante donde hay una necesidad específica para el cuidado. Nuestra especialidad es la de nunca rechazar a las familias del programa debido a su inhabilidad de pagar el precio total.

Para evaluar las necesidades de la familia, el programa requiere de una variedad de información acerca de su situación financiera. Las aplicaciones serán consideradas incompletas hasta que toda la información necesaria sea sometida. Una vez que el paquete de las aplicaciones sea recibida y procesada se le notificara por correo o correo electrónico. Las aplicaciones serán revisadas en el orden en que son recibidas. Para evitar un tiempo prolongado de espera, por favor someta las aplicaciones durante el periodo de matriculas en Mayo de cada año. Si usted no se da cuenta del periodo de matriculas, las aplicaciones serán revisadas de Nuevo antes del comienzo de cada nueva sección (Septiembre, Diciembre, y Marzo). El programa opera en tres secciones de 10 semanas y antes de que se le provea a estas familias quienes aplican durante el periodo de matricula. La persona que aplico recibirá una carta si una de los requisitos de información falta en el paquete de la aplicación o cuando la asistencia financiera es concedida. La carta de asignación explicara la cantidad que se le solicita a usted pagar semanalmente, si eso es necesario y de cuando su niño puede comenzar en el programa. En ese momento, a usted también se le solicitara firmar una aplicación del acuerdo financiero y una aplicación del acuerdo de asistencia.

Asistencia financiera esta disponible sobre la base de una escala móvil de una necesidad, para esas familias quienes pudieran de lo contrario no ser elegibles para nuestro programa de fácil pago. Hay diferentes opciones disponibles. Dos aplicaciones para fondos disponibles para las familias que califican es un espacio subsidiado o vale (voucher) para cuidado de niño a través del Departamento de Educación y Cuidado Infantil. Si su familia reúne los requisitos para recibir los fondos para un espacio subsidiado y uno esta disponible, usted será notificado y su cuota será re-evaluada si esta actualmente en el programa. Si a usted le gustaría aplicar para un vale para cuidado de niño, por favor comuníquese con Child Care Choices de Boston al 617-542-5437 o envíe un correo electrónico [help@childcarechoicesofboston.org](mailto:help@childcarechoicesofboston.org)

Si usted esta sin hogar para vivir y necesita cuidado infantil por trabajo, educación o por razones de capacitación de empleo, usted puede ser elegible para un vale para cuidado de niño a través del Departamento de Transición y Asistencia, por favor comuníquese con su trabajador social para mas información. Usted también puede llamar al Sistema de The Massachusetts 2-1-1 marcando el 211 o visitando [www.mass211.org](http://www.mass211.org) para recursos adicionales e información. Por favor comuníquese con Rosanna Paribello a la oficina de las Escuelas de la Comunidad o con el coordinador del área del programa después de la escuela, ubicado en cada una de las escuelas elementales en Somerville; si usted tiene cualquier pregunta o visite nuestra oficina principal de las Escuelas de la Comunidad.



## Aplicación para la Asistencia Financiera para Después de la Escuela

Nombre del Apicante Padres/Guardián 1: \_\_\_\_\_

Nombre del Apicante Padres/Guardián 2: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Somerville, MA \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Con decisión, por favor comuníquese vía:        Por Correo        Correo electrónico

**Por favor complete las dos siguientes secciones marcando lo que es aplicable:**

Tamaño de la Familia (incluyéndose usted mismo y todos los miembros de familia)	Total #	Adultos #	Niños #
<b>Vivienda</b> (Marque uno)	<input type="checkbox"/> Vive con Familiares <input type="checkbox"/> Su propia casa <input type="checkbox"/> Viviendo con amigos	<input type="checkbox"/> Rentando Apartamento <input type="checkbox"/> Asistencia de Vivienda <input type="checkbox"/> Rentando un cuarto	<input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Sin Vivienda <input type="checkbox"/> Otros
<b>Situación de Vida</b> (Marque todas las que aplican)	<input type="checkbox"/> 2 Padres <input type="checkbox"/> Cabeza de casa femenino <input type="checkbox"/> Hijo de crianza <input type="checkbox"/> Adoptivo	<input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Cabeza de Casa Masculin	<input type="checkbox"/> Tía/Tío <input type="checkbox"/> Otros
<b>Estado Marital</b> (Marque uno)	<input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Separado/a	<input type="checkbox"/> Soltero/a
<b>Primer Idioma de los Padres</b> Hablado en casa (Marque uno)	<input type="checkbox"/> Dialecto de África <input type="checkbox"/> Dialecto de China <input type="checkbox"/> Ingles	<input type="checkbox"/> Haitiano/Creole <input type="checkbox"/> Portuguese	<input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros
<b>Estado de Empleo</b> Padre/Guardián 1	<input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo Horas por semana _____ <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial Horas por semana _____ <input type="checkbox"/> Asistencia Transicional	<input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Estampillas de Alimentos	<input type="checkbox"/> Asistiendo a la Escuela Tiempo completo _____ Tiempo parcial _____
<b>Estado de Empleo</b> Padre/Guardián 2	<input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo Horas por semana _____ <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial Horas por semana _____ <input type="checkbox"/> Asistencia Transicional	<input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Estampillas de Alimentos	<input type="checkbox"/> Asistiendo a la Escuela Tiempo completo _____ Tiempo parcial _____

**\*Información del Niño –Información Voluntaria solicitada para elegibilidad de subsidio del estado**

<b>Idioma del Niño</b> (Marque todos los idiomas que el niño habla)	<input type="checkbox"/> Dialecto de África <input type="checkbox"/> Dialecto de China <input type="checkbox"/> Ingles	<input type="checkbox"/> Frances Creole <input type="checkbox"/> Portuguese	<input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros
<b>Etnicidad del Niño</b>	<input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Cabo Verdiano <input type="checkbox"/> Caribeño <input type="checkbox"/> Caucásico	<input type="checkbox"/> Haitiano <input type="checkbox"/> Brasileño <input type="checkbox"/> Otros

¿Tiene una necesidad especial el niño que esta aplicando para el programa, donde el programa para después de la escuela pudiera asistirle? \_\_\_\_\_ Si su respuesta es si, por favor someta la aplicación con el Plan Educativo Individual o puede solicitarle al medico de su niño una carta describiendo la discapacidad y necesidad para el cuidado después de la escuela.

**Todos los niños que viven en su casa**

**Nombre                      Fecha de Nacimiento                      Si asiste a la Escuela, ¿Donde?                      ¿Aplicando por el Programa?**


**La siguiente información (si aplica) es solicitada y debería ser sometida juntamente con la aplicación:**

- Comprobante de Residencia
  - Un recibo de servicios de utilidad del mes anterior con su nombre y dirección, o una copia de su actual contrato anual, o un cheque anulado y un estado de cuenta del banco con el logo del banco y dirección.
  
- Comprobante de Ingreso
  - 1 mes del reciente cheque que le han pago de todos los miembros adultos de la casa
  - Una carta oficial de su empleador y copia del reciente devolución de impuestos, si usted no tiene colillas de pago
  - Declaración de la Manutención de los niños
  - Cualquier otro documento de ingreso tal como SSI, SSDI, DTA, pensión, retiro
  - Si usted trabaja por su cuenta, usted debe proveer su última planilla de los impuestos y otros documentos que le sean requeridos. O, una carta del empleador con su Numero de Seguro Social o el Numero de Identificación Federal, el pago por hora y las horas que trabaja por semana en una carta con membrete y la firma y numero de teléfono. Además a usted se le pedirá que complete algunas formas para las becas disponibles subsidiadas.
  - Si usted esta en la escuela, una copia de su itinerario o la matricula de sus clases para el semestre o una carta oficial indicando el tipo de entrenamiento, horario semanal, y fecha que inicia y termina
  
- Usted debe demostrar la necesidad por la cual usted necesita cuidado después de la escuela entre las horas de 2:30 –5:30. Esto incluye:
  - Padres/guardianes trabajando mas de 20 horas por semana
  - Padres/guardianes tomando entrenamientos o programa de educación
  - Incapacidad de los padres y necesidad del cuidado para el niño incluyendo una carta de un medico
  - Niño/a con Necesidad Especial (Por favor someta el IEP) y padres trabajando al menos 20 horas por semana o en una escuela o programa de entrenamiento
  
- Partida de Nacimiento de todos los niños en la familia y o documentación del guardián legal, si es adoptado
  
- Identificación con foto del padre/ guardián con custodia

**Por favor no someta la aplicación hasta que usted tenga toda la documentación de apoyo.**

For Office Use Only		
Program Applying for _____		
____ New Application    ____ Renewal		
Date Returned for additional information or if not eligible (if applicable) _____		
Date Completed Application Received _____		
Date of Scholarship Award Letter _____	Last Year's Rate _____	New Rate _____
Staff Initials _____		
Comments:		