

PROGRAMA DE BECAS PARA EL CUIDADO DE NIÑOS

Año Escolar 2007 – 2008

No hay una fecha final para entregar esta solicitud

El Programa de Becas para el Cuidado de Niños proporciona apoyo financiero para el costo de cuidado de niños a padres que demuestren ayuda financiera y que estén en el proceso de obtener su título universitario ó certificado profesional ó técnico.

Lo Que Ofrecemos

Las becas de cuidado de niños son de \$500 a \$9,000 por año dependiendo en el estado de matriculación del padre y el costo de cuidado de niños. La beca de Cuidado de Niños puede ser renovada anualmente para los estudiantes que demuestren progreso suficiente hacia sus metas académicas.

¿Quién Puede Solicitar Esta Beca?

Residentes del condado de Marin que van a empezar un programa de título universitario ó un programa de entrenamiento que resulte en una licencia ó certificado de un instituto acreditado ó aprobado por el estado y:

- Estén matriculados tiempo completo ó medio tiempo (como sea definido por el instituto)
- Tengan un hijo/a de la edad de 0-10 y que estén matriculados en un lugar de cuidado de niños que este licenciado y exentó de licencia.
- Demuestre ayuda financiera.

Becas para el Cuidado de Niños **NO** están disponibles para:

- Costos retroactivos de cuidado de niños.
- Solicitantes que ya se han recibido de una universidad de 4 años.
- Solicitantes que estén matriculados menos de medio tiempo (6 unidades ó como lo determine el programa).
- Matriculación en institutos ó programas que no sean acreditados ó aprobados por el estado.
- Solicitantes que estén matriculados en un programa de posgrado.
- Cuidado de Niños durante el verano.

Criterio de Elegibilidad

Residencia

Los solicitantes deben de residir en el condado de Marin, como definido abajo.

- Si nació DESPUÉS de 1 de enero 1984, sus padres tienen que haber vivido continuamente en el condado de Marin por lo menos de un año antes de solicitar esta beca.
- Si nació ANTES de 1 de enero 1984, *Ud.* tiene que haber vivido continuamente en el condado de Marín por lo menos de un año antes de solicitar esta beca. (Si actualmente esta viviendo fuera del condado de Marín solo para asistir un programa de entrenamiento, puede solicitar una beca si vivió continuamente en el condado un año antes del comienzo de sus estudios.)
- *Es posible que solicitantes tengan que presentar prueba de residencia*

Necesidad Financiera

El costo del cuidado de niño puede poseer una barrera significativa para tener éxito en las metas académicas y de entrenamiento de uno. Esta beca esta creada para proveer asistencia financiera a estudiantes con una necesidad financiera y que no tengan suficientes fondos para cubrir el costo de cuidado de niños.

Determinación de necesidad financiera se basa en:

- El numero de personas en su familia, ingresos del hogar, propiedades familiares, y el número de miembros familiares matriculados en estudios universitarios ó programas de entrenamiento.
- El costo de cuidado de niños.

Procedimiento de la Solicitud

Solicitantes Nuevos

Solicitantes son considerados **NUEVOS** si nunca han recibido un pago por medio de la Beca de Cuidado de Niños de Marin Education Fund ó si recibieron un pago *antes del* 2004-2005 año escolar solamente.

Una solicitud completa para solicitantes **NUEVOS** incluye lo siguiente:

- Parte I completada sin dejar preguntas en blanco
- Parte II para Nuevos Solicitante completada sin dejar preguntas en blanco
- Parte III completada sin dejar preguntas en blanco
- Una copia de la declaración de impuestos para el año 2006 de sus padres (si es dependiente) ó cónyuge (si usted esta casado/a y han declarado impuestos por separado).
- Parte IV leer y firmar
- Forma de verificación completada por el instituto del solicitante
- Forma de verificación completada por el proveedor de cuidado de niños
- Una copia de la licencia del proveedor de cuidado de niños
- Una copia de la forma W-9 de IRS que sea del proveedor de cuidado de niños

Solicitantes Renovando

Solicitantes son considerados **RENOVANDO** si han recibido un pago para la Beca de Cuidado de Niños *durante o después* del año escolar 2007-2008.

Una solicitud completa para estudiantes **RENOVANDO** incluye lo siguiente:

- Parte I completada sin dejar preguntas en blanco
- Parte II para Nuevos Solicitante completada sin dejar preguntas en blanco
- Parte III completada sin dejar preguntas en blanco
- Una copia de la declaración de impuestos para el año 2006 de sus padres (si es dependiente) ó cónyuge (si usted esta casado/a y han declarado impuestos por separado).
- Parte IV leer y firmar
- Forma de verificación completada por el instituto del solicitante
- Forma de verificación completada por el proveedor de cuidado de niños
- Una copia de la licencia del proveedor de cuidado de niños
- Una copia de la forma W-9 de IRS que sea del proveedor de cuidado de niños
- Un expediente oficial

Todos los Solicitantes

Le recomendamos que haga una fotocopia de su solicitud para sus archivos y envíe la solicitud del programa de Becas para Cuidado de Niños a Marin Education Fund.

Solicitudes que son mandadas por fax no serán aceptadas. Solicitudes que no están completas tampoco serán aceptadas.

Solicitudes completas pueden ser enviadas ó entregadas personalmente a:

Marin Education Fund
781 Lincoln Avenue, Suite 140
San Rafael, CA 94901

Como Solicitantes serán elegidos

Marin Education Fund determina la decisión sobre su beca dentro de 60 días de haber entregado su solicitud.

Solicitantes Nuevos

Finalistas son seleccionados por medio de solicitantes que satisfacen todos los criterios de elegibilidad y que demuestren necesidad financiera.

Solicitantes Renovando

Solicitantes renovando deben de continuar a satisfacer todo los criterios de elegibilidad y demostrar progreso hacia sus metas académicas. Esto incluye mantener un GPA de 2.0/progreso satisfactorio y completar las unidas por cual le proveímos fondos y ser demostrado en su expediente oficial.

¿Que Sucederá Después?

- Los becados serán seleccionados de todos los solicitantes que son elegibles. Los solicitantes recibirán una carta de decisión dentro de 60 días de la fecha de la entrega de su solicitud.
- Si Marin Education Fund le ofrece una beca, tiene que firmar un formulario aceptando la beca para recibir su dinero de la beca. El cheque se escribe a su nombre y será enviado al instituto.
- Si su programa dura menos de seis meses, recibirá un cheque en la cantidad completa de su beca. Si su programa dura más de seis meses recibirá dos pagos distribuidos por igual. El primer cheque se enviará después de que recibamos el formulario aceptando la beca, y el segundo al medio punto del periodo de la beca.

Declaración de No-Discriminación

Marin Education Fund considera ilegal la discriminación basada en la raza, el color, la religión, el genero, el origen nacional, el linaje, la edad, condición medica, incapacidad física, estatus de veterano, estado civil, orientación sexual ó cualquier otra característica que la ley ampara.

PROGRAMA DE BECAS PARA EL CUIDADO DE NIÑOS

Año Escolar 2007 - 2008

No hay una fecha final para entregar esta solicitud

Parte I para *Todos* los Solicitantes

1. Nombre: _____
Nombre Inicial Apellido

2. Dirección donde recibe correspondencia (toda su correspondencia será enviada siempre a esta dirección):

Número y Nombre de la Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

3. Número de teléfono: (_____) _____ Número de Celular: (_____) _____

4. Correo electrónico: _____

5. Número de Seguro Social (opcional): _____ -- _____ -- _____

6. Fecha de Nacimiento: _____
Mes Día Año

7. Estado Civil

- Casado
 Soltero (viudo o divorciado)
 Separado/a de su cónyuge

8. Genero

- Femenino
 Masculino

9. Origen Étnico (Marque solamente una caja):

(Su respuesta NO afectará su calificación para esta beca. La información que usted provea se utilizará únicamente para fines estadísticos y para determinar si califica para otras becas administradas por Marín Education Fund.)

- Afro-Americano/Negro Latino/Hispano Blanco/Norteamérica
 Asiático Americano Indio Nativo de Norte América Otra etnicidad
 Asiático Americano (Islas del Pacifico)

10. ¿Además del español, habla otro idioma en casa? Si No

¿Cuál idioma? _____

11. Nivel Escolar de educación en los EE.UU. de su Madre ó Padre:

(Indique un nivel para cada padre)

Nivel Escolar:	Padre 1	Padre 2
No completó la preparatoria	_____	_____
Asistió pero no completó la preparatoria	_____	_____
Se recibió de la preparatoria	_____	_____
Asistió pero no se recibió de la universidad	_____	_____
Se recibió de una Universidad de 2 años (AA/AS)	_____	_____
Se recibió de una Universidad de 4 años (BA/BS)	_____	_____
Estudios de posgrado (MA, MBA, JD, MD, PhD, etc.)	_____	_____

12. Estado del Solicitante

- | | Si | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Nació Usted antes del 1 de enero de 1984? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Actualmente, ¿está casado(a)? (Responda “Si” si está separado(a) pero no Divorciado(a).) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Tiene usted hijos que reciben más de la mitad de sus ingresos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Tiene dependientes (que no sean sus hijos ó su cónyuge que residen con Usted y que reciben más de la mitad de sus ingresos entre hoy y el 30 de Junio 2008)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ¿Están fallecidos tanto su padre como su madre? ó bien ¿esta usted bajo Custodia ó tutela de un tribunal ó lo estuvo hasta tener 18 años de edad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. ¿Es Usted veterano de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si respondió “No” a cada pregunta en el #12 arriba, es considerado un estudiante **dependiente**.

Continúe a la pregunta 13a.

Si respondió “Si” a cualquiera de las preguntas en el #12 arriba, es considerado un estudiante **independiente**. *Continúe a las preguntas 13b y 13c.*

Residencia (Solo necesita completar la pregunta 13a ó 13b y 13c, vea arriba para determinar su condición):

13a. Liste el lugar(es) de residencia de sus **padres** durante Julio 2006 al Presente

De _____ / _____ a <u>presente</u>	_____	_____	_____
Mes/año	Numero y Calle	Cuidad, Estado	Condado
De _____ / _____ a _____	_____	_____	_____
Mes / año Mes / año	Numero y Calle	Cuidad, Estado	Condado

13b. Liste su lugar (es) de residencia durante Julio 2006 al presente

De _____ / _____ a <u>presente</u>	_____	_____	_____
Mes / año	Numero y Calle	Cuidad, Estado	Condado
De _____ / _____ a _____	_____	_____	_____
Mes / año Mes / año	Numero y Calle	Cuidad, Estado	Condado

13c. Si actualmente no esta viviendo en el Condado de Marin, ¿se ha ido del condado con el propósito de asistir la escuela? Si No

Parte II para *Nuevos Solicitantes* (Solamente)

Solicitantes que nunca han recibido un pago para una beca de cuidado de niños durante ó después del año escolar 2004-2005, son considerados nuevos solicitantes. Complete la parte II para nuevos solicitantes (página 3) y continúe a la parte III para todos los solicitantes (páginas 6-8).

Si, Usted esta renovando, salte esta sección (página 3) y continúe a la parte II para solicitantes renovando (páginas 4-5). Por favor llame a Marin Education Fund si necesita ayuda.

A. Programa de Entrenamiento

1. ¿A cuál instituto planea asistir durante el año escolar 2007-2008?

Nombre de Instituto _____

Ciudad _____

Estado _____

2. ¿Cuál es su área de estudios? _____

3. ¿Cuándo comenzará ó comenzó este programa? _____ / _____ Mes Año

4. ¿Fecha anticipada de finalización de éste programa? _____ / _____ Mes Año

5. ¿Que tipo de certificado ó licencia estará solicitando en este instituto? (Si intenta matricularse en un programa que resulta en AA/AS ó BA/BS, usted **NO** puede solicitar una beca de Entrenamiento Profesional ó Técnico.

Licencia

Certificado

Aptitudes básicas y otras habilidades necesarias para matricularse y tener éxito en un programa de entrenamiento profesional ó técnico ó estudios universitarios

Si marcó esta caja, en que programa planea matricularse cuando ya haya completado sus habilidades de entrenamiento.

Nombre de Instituto: _____

Nombre de Programa: _____

Nombre de certificado ó licencia: _____

Fecha que planea comenzar el programa: _____

Parte II para Solicitantes **RENOVANDO** (Solamente)

Solicitantes son considerados **RENOVANDO** si han recibido un pago para una beca de Cuidado de Niños *durante ó después* del año escolar 2004-2005 Complete esta sección, Parte II para solicitantes renovando (páginas 4-5), y luego continúe a la parte para todos lo solicitantes (páginas 6-8).

Si Usted es un solicitante **NUEVO**, salte esta sección (página 3) y continúe a la parte II para todos los solicitantes (páginas 6-8). Por favor llame a Marin Education Fund si necesita ayuda.

A. Expedientes Universitarios

Por favor encárguese que su escuela/programa le mande a usted expedientes oficiales para incluir con su solicitud. Los expedientes deberán de incluir sus calificaciones por el periodo por cual Marin Education Fund le proveo fondos. *Esta es una forma que se requiere entregar con su solicitud.* Si actualmente ha entregado un expediente oficial para la solicitud de estudios universitarios y entrenamiento profesional ó técnico, Usted no tiene que entregar otro expediente oficial.

B. Programa de Entrenamiento que esta continuando

1. ¿Cuál instituto esta planeando asistir durante el año académico 2007-2008?

Nombre de Instituto _____

Ciudad _____

Estado _____

2. ¿Cuál es su área de entrenamiento? _____

3. ¿Cuándo comenzó este programa? _____ / _____ Mes Año

4. ¿Fecha anticipada de finalización? _____ / _____ Mes Año

5. ¿Cuál es su objetivo de titulo? (Maque una caja)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Titulo de Universidad de dos años (AA/AS) | <input type="checkbox"/> Licencia |
| <input type="checkbox"/> Titulo de Universidad de 4 años (BA/BS) | <input type="checkbox"/> Certificado |
| <input type="checkbox"/> Segundo ó más de un Titulo Universitario | <input type="checkbox"/> Certificado de posgrado profesional |
| <input type="checkbox"/> Credencial de Maestra/o | <input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique: _____ |
| <input type="checkbox"/> Estudio de posgrado (MA, JD, MBA, PhD, etc) | |

Aptitudes básicas y otras habilidades necesarias para matricularse y tener éxito en programa de estudio universitarios y de entrenamiento profesional o técnico.

Si marcó esta caja, en que programa planea matricularse cuando ya haya completado sus habilidades de entrenamiento.

Nombre de Instituto: _____

Nombre de Programa: _____

Nombre de titulo: _____ Fecha de comienzo: _____

C. Experiencia Anual

Marin Education Fund require progreso academico de manera satisfactoria para poder renovar su beca. Nosotros revisamos los expedientes de cada estudiante que este renovando. El proposito de esta seccion es para que usted nos informe sobre su experiencia con nosotros: su progreso, cambios en sus planes ó circunstancias que le han prevenido completar las unidades por las cual le proveimos fondos ó porque no ha mantenido por los menos un GPA de 2.0/progreso satisfactorio.

1. Brevemente describa su experiencia educativa durante el período del cual Marin Education Fund le provéo fondos. ¿En general fue una experiencia positiva ó fue menos satisfactoria de lo que esperaba? Diganos porqué.

2. Si no ha completado el número de unidades ó horas por las cual le proveímos fondos ó si no ha mantenido un GPA de 2.0 en sus expedientes, por favor describa los factores ó obstáculos que afectaron negativamente su progreso. ¿Cómo respondió Usted a estas dificultades?

Parte III Para *todos* los Solicitantes

Información del Hogar y Financiera

Por favor proporcione respuestas a las siguientes preguntas basadas en la situación del hogar y financiera durante el año 2006.

A. Información del Hogar

1. Edad del Solicitante: _____

2. Estado civil de los Padres (*solo para solicitantes dependientes*):

Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a Soltero/a

3. Por favor de hacer una lista de los miembros en el hogar del solicitante:

Nombre	Edad	Relación al solicitante (<i>vea códigos abajo</i>)	Esta persona estará asistiendo la Universidad durante el año académico 2007-2008? (<i>circule uno</i>)
			No Part-time Full-time
			No Part-time Full-time
			No Part-time Full-time
			No Part-time Full-time
			No Part-time Full-time
			No Part-time Full-time

Códigos de relación:

- 1 = Cónyuge del solicitante
- 2 = Hijo/a del solicitante
- 3 = Padre/Madre del solicitante
- 4 = Padrastro/Madrastra del solicitante
- 5 = Hermana/Hermano del solicitante
- 6 = Otro

B. Información Financiera

Responda las siguientes preguntas basado en lo suyo y de su padre(s) (*si es dependiente*) ó de su cónyuge (*si es independiente ó casado/a*) situación financiera durante el año 2006. Por favor consulte el W-2 y declaración de impuestos para Usted ó su padre(s) (si es aplicable) ó de su cónyuge (si es aplicable).

Para solicitantes que son dependientes—si sus padres biológicos no están casados responda a las preguntas que le apliquen al padre/madre que le haya proporcionado con más de 50% de ayuda financiera en el año 2006.

Debe contestar todas las preguntas. Si alguna pregunta no le aplica a Usted, escriba \$0.

Cuando aplicable, la forma de declaración de impuestos (1040, 1040A ó 1040EZ) será usada para contestar las preguntas indicadas abajo

Importante: Usted deberá también entregarnos una copia sea suya ó de sus padres (si es dependiente) ó de su cónyuge (si es casado/a) declaración de impuestos para el año 2006.

Categoría de Ingresos y Bienes	Solicitante	Padre(s) (si solicitante es dependiente) Ó Cónyuge (si solicitante es independiente)
Sueldos, salarios, propinas, etc. (1040 – línea 7; 1040A – línea 7; 1040EZ – línea 1)	\$	\$
Ingresos con interés (1040 – línea 8a; 1040A – línea 8a; 1040EZ – línea 2)	\$	\$
Ingresos de beneficio (1040 – línea 9a; 1040A – línea 9a; 1040EZ – N/A)	\$	\$
Valor neto de los negocios ó fincas de inversión (1040 – línea 12 + 17 + 18; 1040A Y 1040EZ – N/A)	\$	\$
Otros ingresos con impuestos (1040 – línea 10, 11, 13, 14, 15b, 16b, 19, 20b, Y 21; 1040A – línea 10, 11b, 12b, 13, Y 14B; 1040EZ – línea 3)	\$	\$
Ingreso bruto ajustado (1040 – línea 36; 1040A – línea 20; 1040EZ – N/A)	\$	\$
Asistencia social	\$	\$
Programa de cupones para alimentos	\$	\$
Pensión recibida para hijos menores	\$	\$
Pagos deducibles hechos ó cuentas personales de jubilación y a planes de jubilación para personas empleados por cuenta propia (IRA/Keogh payments received) (1040 – línea 15b + 16b; 1040A – línea 11b + 12b; 1040EZ – N/A)	\$	\$
Pagos a ingresos-retrasados de pensiones	\$	\$

Categoría de Ingresos y Bienes	Solicitante	Padre(s) (si solicitante es dependiente) Ó Cónyuge (si solicitante es independiente)
Ingreso por interés exento de impuestos (1040 – línea 8b; 1040A – línea 8b; 1040EZ – N/A)	\$	\$
Ingreso de exclusión extranjera	\$	\$
Cualquier otro ingreso no gravado con impuestos	\$	\$
Beneficios de Seguro Social (1040 – línea 20a; 1040A – línea 14a; 1040EZ – N/A)	\$	\$
Pensión pagada para hijos menores	\$	\$
Créditos tributarios para la educación “Hope Tax”	\$	\$
Ganancias del programa Federal de Trabajo y Estudio y Ayuda financiera	\$	
Impuesto sobre sus ingresos (1040 – línea 57; 1040A – línea 43; 1040EZ – línea 10)	\$	\$
Gastos médicos o dentales no cubiertos por su seguro	\$	\$
Saldo de efectivo, y de cuentas de ahorros y corrientes	\$	\$
El valor total de bienes bajo el nombre del hermano ó hermana del estudiante (solo para estudiantes dependientes)		\$
El valor de su casa menos lo que debe (Home Equity)	\$	\$
Propiedades de bienes raíces (incluyendo su casa)	\$	\$
Valor de su negocio menos lo que debe (Business Equity)	\$	\$
Valor de fincas agrícolas menos lo que debe (Farm equity)	\$	\$
Valor de bienes (estudiantes solamente)	\$	
En su hogar hay alguien que recibió los siguientes beneficios en el año 2006? Marque si le aplica.		
	Programa de Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI)	<input type="checkbox"/>
	Programa de cupones para alimentos	<input type="checkbox"/>
	Programa de almuerzos escolares gratuitos o de precio reducido	<input type="checkbox"/>
	Programa de ayuda temporal para familias necesitadas (TANF)	<input type="checkbox"/>
	Programa especial de nutrición suplementaria para mujer, bebés, y niños (WIC)	<input type="checkbox"/>

Parte IV Para Todos los Solicitantes

A. Autorización y Certificación

Entiendo que tengo la responsabilidad de leer, comprender y llenar esta solicitud de manera precisa y completa y de **cumplir con las fechas límite**.

Entiendo que tengo que infórmale a Marin Education Fund de cualquier cambio en dirección, registro ó circunstancias financieras.

Le autorizo a cualquier funcionario federal, estatal, de las escuelas y/o del condado para que comparta información sobre mi expediente académico, elegibilidad para ayuda financiera, y la cantidad y tipo de ayuda ó beneficios recibidos. Esta información se utilizará únicamente para determinar si califico para la Beca de Cuidado de Niños, así como para otras becas administradas por Marin Education Fund.

Estoy de acuerdo en que Marin Education Fund comparta la información que he sometido con cualquier otra fuente de financiamiento y de ayuda escolar, incluyendo los programas de becas administrados por Marin Education Fund para los que quizá califique.

Autorizo a Marin Education Fund que use mi nombre y del instituto con el fin de establecer relaciones con la comunidad y hacer una evaluación del programa.

Entiendo que se me podrá negar cualquier beca que solicite ó que se me podrá retirar cualquier beca que se me haya otorgado si se determina que la información sometida en esta solicitud es deliberadamente falsa ó incorrecta.

He leído y entiendo mis derechos y responsabilidades.

Mi firma, confirma que he leído y entiendo lo dicho arriba en la Autorización y Certificación.

Nombre (por favor use letra de imprenta): _____

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

B. Derechos

- Tiene el derecho de que su solicitud sea examinada para determinar si cumple con los requisitos necesarios para una beca, de acuerdo con lo establecido en los criterios para calificar de Marin Education Fund.
- Tiene el derecho a que se le explique porque se concedió ó no cualquier beca y apelar cualquier decisión por escrito, alegando circunstancias especiales. Debe presentar su apelación durante el plazo de 30 días a partir de la fecha en que recibió la carta notificándole que no se le había concedido la beca.
- Tiene el derecho a saber que se mantendrá la confidencialidad en cuanto a la información presentada en su solicitud, de acuerdo con lo establecido en la sección “Autorización y Certificación” de esta solicitud.

C. Responsabilidades

- Tiene la responsabilidad de leer y comprender la sección “Autorización y Certificación” de esta solicitud.
- Tiene la responsabilidad de leer, entender y llenar esta solicitud en su totalidad y de manera precisa y de hacerlo dentro de los plazos previstos.
- Tiene la responsabilidad de proveer toda la información solicitada

D. Lista de Verificación

Solicitantes Nuevos:

- Parte I completada sin dejar preguntas en blanco
- Parte II para nuevos solicitantes sin dejar preguntas en blanco
- Parte III completada sin dejar preguntas en blanco
- Una copia del solicitante (si es dependiente) ó cónyuge (si usted esta casado/a y han declarado impuestos por separado.) declaración de impuestos para el año 2006.
- Parte IV leer y firmar
- Forma de verificación completada por el instituto del solicitante
- Forma de verificación completada por el proveedor de cuidado de niños
- Una copia de la licencia del proveedor de cuidado de niños
- Una copia de la forma W-9 de IRS que sea del proveedor de cuidado de niños

Solicitantes Renovando:

- Parte I completada sin dejar preguntas en blanco
- Parte II para solicitantes renovando sin dejar preguntas en blanco
- Parte III completada sin dejar preguntas en blanco
- Una copia del solicitante (si es dependiente) ó cónyuge (si usted esta casado/a y han declarado impuestos por separado.) declaración de impuestos para el año 2006.
- Parte IV leer y firmar
- Un expediente oficial de su instituto
- Forma de verificación completada por el instituto del solicitante
- Forma de verificación completada por el proveedor de cuidado de niños
- Una copia de la licencia del proveedor de cuidado de niños
- Una copia de la forma W-9 de IRS que sea del proveedor de cuidado de niños

CHILD CARE SCHOLARSHIP APPLICATION

Academic Year 2007 – 2008

PROOF OF ENROLLMENT FORM

Directions:

Applicant: Complete #1 Applicant Information and give to your school's financial aid or program administrator to complete #2 School Information. Submit this completed form with your application.

School Official: Complete the questions in #2 School Information and return this form to the applicant for inclusion in their application packet.

1. Applicant Information:

First name

M.I.

Last name

I give permission to school officials to release to Marin Education Fund any information concerning my financial aid or academic circumstances.

Applicant's signature

Date

2. School Information:

1. Name of school: _____

2. Mailing address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

3. Contact person: _____ Title: _____ Phone: _____

4. Name of educational program applicant is enrolled in: _____

5. This educational program results in a:

Associate's Degree (AA/AS)

License

Bachelor's Degree (BA/BS)

Certificate

Teaching Credential

Other, please specify: _____

6. Number of units/hours in which the applicant is enrolled or registered to be enrolled: _____

7. Does your institution consider the applicant to be enrolled: full-time part-time less than part-time

8. Applicant's start date for units/hours indicated above in #6: _____ End date: _____

9. Your school has been accredited or authorized/approved for operation by: _____

Signature of school official

Date

CHILD CARE SCHOLARSHIP APPLICATION
Academic Year 2007 - 2008

PROVIDER VERIFICATION FORM

Directions:

To be given to the child care provider for completion and returned to applicant for inclusion in their application packet.

1. Family Information (for additional children, please see the back of this form)

1. Parent name: _____
2. Child's name: _____
3. Child's date of birth: _____ / _____ / _____ 4. Child's age: _____
5. Child's social security number: _____ -- _____ -- _____ (optional)
6. Date child started/will start attendance: _____ / _____ / _____
7. Date child is scheduled to end attendance: _____ / _____ / _____ OR no end date (circle)

2. Provider Information

1. Provider name: _____
2. Mailing address: _____
3. City: _____ State: _____ Zip: _____
4. Contact person: _____ Phone number: _____

3. Provider Cost Information (for additional children, please see the back of this form)

For the months the child will be enrolled at your facility, please indicate the total child care cost per month.

2007	Aug	Sept	Oct	Nov	Dec	2008	Jan	Feb	Mar	Apr	May	June
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____		\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

If the parent will be receiving other financial assistance to pay for child care, please indicate here:

Source: _____ Amount: \$ _____ Start: _____ End: _____

4. Provider Licensure Information

Please provide the following information with this form

- A copy of your state child care license
- A copy of your IRS Form W9, "Request for Taxpayer Identification Number and Certification." If you do not have a W9 Form, please request one from Marin Education Fund's Scholarships Department.

5. Provider Signature: _____ Date: _____

Additional Children

Child 2: Family Information

1. Child's name: _____
2. Child's date of birth: _____ / _____ / _____
3. Child's age: _____
4. Child's social security number: _____ -- _____ -- _____ (optional)
5. Date child started/will start attendance: _____ / _____ / _____
6. Date child is scheduled to end attendance: _____ / _____ / _____ OR no end date (circle)

Child 2: Provider Cost Information

For the months the child will be enrolled at your facility, please indicate the total child care cost per month.

2007	Aug	Sept	Oct	Nov	Dec	2008	Jan	Feb	Mar	Apr	May	June
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____		\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

If the parent will be receiving other financial assistance to pay for child care, please indicate here:

Source: _____ Amount: \$ _____ Start: _____ End: _____

Child 3: Family Information

1. Child's name: _____
2. Child's date of birth: _____ / _____ / _____
3. Child's age: _____
4. Child's social security number: _____ -- _____ -- _____ (optional)
5. Date child started/will start attendance: _____ / _____ / _____
6. Date child is scheduled to end attendance: _____ / _____ / _____ OR no end date (circle)

Child 3: Provider Cost Information

For the months the child will be enrolled at your facility, please indicate the total child care cost per month.

2007	Aug	Sept	Oct	Nov	Dec	2008	Jan	Feb	Mar	Apr	May	June
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____		\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

If the parent will be receiving other financial assistance to pay for child care, please indicate here:

Source: _____ Amount: \$ _____ Start: _____ End: _____

Provider Signature: _____ **Date:** _____