

2019-2020 Verificación de Elegibilidad del Estudiante Advanced Placement Test Fee Program

I. Información del estudiante

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Grado	ID#
Preparatoria a la que asiste				

II. El estudiante califica para el Programa de Reembolso de las Cuotas de la Prueba AP

Los ingresos del grupo familiar no superan el 185% de las pautas federales de ingresos de pobreza. El nivel de ingresos totales o los ingresos brutos anuales se utilizan para determinar la elegibilidad (si usa el Formulario 1040 de Declaración de Impuestos sobre los Ingresos Individuales de los Estados Unidos). Esta categoría **incluye a los estudiantes que son elegibles para participar en el Programa Federal para Recibir Comidas Gratuitas o a Precio Reducido.**

III. Verificación de necesidad: Familia o estudiante (de 18 años o más, no dependiente)

Declaro que tengo la necesidad de recibir asistencia financiera para pagar las cuotas de las pruebas de AP y que los ingresos de nuestro grupo familiar durante el año pasado no excedieron el 185% de las pautas federales de ingresos de pobreza.

Yo declaro que los ingresos de mi hogar están dentro de los directivos de una familia de _____ (apunte cuantos de familia).

Firma del padre/madre/tutor

Date

For School Use Only – Review income documentation and identify source.

Parent/student statement

Signature of Designated School Personnel

Date

*** This form is to be retained by SMUSD for five years.**