

Centro de recreación y educación al aire libre de la Universidad Estatal de Winona

Información complementaria sobre la solicitud de asistencia financiera

Llene este formulario y devuélvalo a la recepción junto con su solicitud de asistencia financiera y los documentos necesarios. Es posible que necesitemos comunicarnos con usted para programar una reunión para hablar sobre el monto de su descuento y la duración de su membresía.

Nombre: \_\_\_\_\_

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

¿Ha presentado declaraciones de impuestos o tiene un formulario 1040 del año pasado? Si No

Actualmente estoy trabajando: Si No

(Si, si proporcione la siguiente información y proporcione también recibos de pago de 3 meses)

Empleador principal: \_\_\_\_\_

Salario/pago por hora: \$ \_\_\_\_\_ Horas por semana: \_\_\_\_\_

Empleador adicional: \_\_\_\_\_

Salario/pago por hora: \$ \_\_\_\_\_ Horas por semana: \_\_\_\_\_

(En caso negativo, incluya el motivo del desempleo y el plazo estimado hasta que vuelva a trabajar) \_\_\_\_\_

Mi conyugue/pareja no está empleado: Si No N/A

(Si, si proporcione la siguiente información, y también 3 meses de recibos de pago o 1040)

Empleador principal: \_\_\_\_\_

Salario/pago por hora: \$ \_\_\_\_\_ Horas por semana: \_\_\_\_\_

Empleador adicional: \_\_\_\_\_

Salario/pago por hora: \$ \_\_\_\_\_ Horas por semana: \_\_\_\_\_

(En caso negativo, incluya el motivo del desempleo y el plazo estimado hasta que vuelva a trabajar) \_\_\_\_\_

Envíe el formulario y los archivos adjuntos por correo electrónico a Michael.henderson@winona.edu o acérquese a la recepción.

Ingresos y asistencia recibida: marque todo lo que corresponda e incluya la documentación oficial.

- Seguro social/Carta de beneficios por discapacidad
- Pensión/manutención de menores
- Subsidio de vivienda
- Desempleo
- Beneficios de comida y/o WIC (en caso afirmativo, proporcione la cantidad por mes)
- Otros: describa y proporcione documentación (por ejemplo, ayudas suplementarias de parentesco/adoptivos, ayudas suplementarias de cuidadores)

Proporcione un resumen de su situación financiera actual y los factores que contribuyen, incluida cualquier circunstancia especial o atenuante. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Al firmar este documento, certifico que la información anterior es verdadera y completa a mi leal saber y entender y que no tengo ingresos adicionales no representados anteriormente. Entiendo que, si falsifico cualquier información, no seré elegible para recibir asistencia ahora y/o en el futuro.

Los formularios completos que contengan TODA la documentación necesaria se revisarán dentro de los 14 días hábiles.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

TO BE COMPLETED BY STAFF:

Discount amount: \_\_\_\_\_ Length of membership: \_\_\_\_\_ Additional notes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Envíe el formulario y los archivos adjuntos por correo electrónico a Michael.henderson@winona.edu o acérquese a la recepción.