



NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (últimos 4 dígitos)
----------------------------	--

**FORMULARIO 8. VERIFICACIÓN DE CONDICIÓN DE ESTUDIANTE**

<p>El propósito de este formulario es el de verificar la condición de estudiante. Cada miembro del grupo familiar a partir de los 18 años de edad inclusive que concurra a una escuela de tiempo completo o participe en un programa de capacitación laboral <b>debe</b> completar este formulario. Si esto fuera imposible, entregue uno de los siguientes para verificar la condición de estudiante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los estudiantes de escuelas secundarias pueden presentar su última libreta de calificaciones o una carta de un funcionario escolar que confirme la matriculación.</li> <li>Los estudiantes universitarios pueden presentar sus últimas calificaciones o una carta de un funcionario de la universidad.</li> <li>Los alumnos de programas de capacitación para adultos pueden presentar documentos de inscripción o una carta del funcionario del programa</li> </ul> <p><b>ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO, TIMBRADO Y FIRMADO POR EL ADMINISTRADOR DE UNA ESCUELA/ PROGRAMA DE CAPACITACIÓN LABORAL.</b></p>	<p><b>¿Ha completado usted este formulario?</b></p>	
	<p>Sí <input type="checkbox"/></p>	<p>No aplicable <input type="checkbox"/></p>

**SECCIÓN A (a ser completada por Jefe de familia)**

Miembro del grupo familiar estudiante: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

**SECCIÓN B (a ser completada por el administrador de una escuela/ programa de capacitación laboral)**

1. El alumno mencionado está inscripto en:  Escuela secundaria/universidad  Programa de capacitación para adultos

*Si seleccionó "Escuela secundaria/universidad", saltee el n.º 2 y vaya al n.º 3.*

2. ¿Brinda el programa capacitación laboral y servicios de autosuficiencia?  Sí  No

¿El programa está financiado por el gobierno federal, estatal o local?  Sí  No

¿El programa está financiado por el HUD?  Sí  No

3. Estado de inscripción:

Este alumno está inscripto en un (marque uno con un círculo) programa **de tiempo completo/de tiempo parcial** y obtendrá \_\_\_\_\_ créditos este semestre.

Horas semanales de participación en el programa si se trata de un programa de capacitación para adultos:

	Importe por año
Matrícula	
Estudio laboral	
Subsidios/becas	

Institución: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Administrador: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**EL SELLO/TIMBRE DE LA EMPRESA ES OBLIGATORIO**

Certifico que la información que antecede es exacta y entiendo que, en virtud de la ley federal, el hecho de suministrar falsas declaraciones a una agencia del gobierno es pasible de sanción.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL ADMINISTRADOR**

**FECHA**

