



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 debe 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"> Los estudiantes de escuelas secundarias pueden presentar su última libreta de calificaciones o una carta de un funcionario escolar que confirme la matriculación. Los estudiantes universitarios pueden presentar sus últimas calificaciones o una carta de un funcionario de la universidad. Los alumnos de programas de capacitación para adultos pueden presentar documentos de inscripción o una carta del funcionario del programa <p style="text-align: center;">ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO, TIMBRADO Y FIRMADO POR EL ADMINISTRADOR DE UNA ESCUELA/ PROGRAMA DE CAPACITACIÓN LABORAL.</p>	<p>¿Ha completado usted este formulario?</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 150px;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; vertical-align: bottom;"> <p>Sí</p> <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 50%; text-align: center; vertical-align: bottom;"> <p>No aplicable</p> <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>	<p>Sí</p> <input type="checkbox"/>	<p>No aplicable</p> <input type="checkbox"/>
<p>Sí</p> <input type="checkbox"/>	<p>No aplicable</p> <input type="checkbox"/>		

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

