



## VERIFICACIÓN DE INGRESOS ASISTENCIA EDUCATIVA

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de Cuenta \_\_\_\_\_

Número de Cuenta \_\_\_\_\_

A: \_\_\_\_\_ **ATTN:** Oficial de Ayuda Financiera  
**NOMBRE DE LA ESCUELA**

El individuo antes mencionado es un solicitante/beneficiario de cobertura de salud. Las regulaciones federales requieren la verificación de ingresos de asistencia educativa que reciben los estudiantes. Se le pide a su institución verificar el origen de los ingresos, la cantidad de los ingresos y los gastos educativos del estudiante nombrado arriba.

Gracias por su ayuda y cooperación.

PeachCare for Kids  
1-877-427-3224

.....

Por la presente autorizo la divulgación de información sobre mis ingresos de asistencia educativa, matrícula, cuotas obligatorias, otros costos impuestos por la institución y estado estudiantil a PeachCare for Kids. Yo entiendo que esta información es utilizada para determinar la elegibilidad para la cobertura de salud de mi hogar o de un solo miembro de mi hogar.

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante y Número de Identificación

Estudiante: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Liste las fuentes de asistencia educativa. (Incluya cualquier PELL, BEOG, SSIG, Perkins, HOPE, Subvenciones, Becas, Becas, Pasantías, Programas de Estudio y Trabajo, etc.)

FUENTE	CANTIDAD	PERIODO DE TIEMPO CUBIERTO DE A		Liste específicamente el tipo de gasto y cantidades de dinero	Liste la cantidad que se utiliza para gastos de manutención

**PARANTIAS SOLAMENTE**

Si el estudiante está en un programa de pasantías, ¿Recibe el estudiante ingresos ganados/salario y asistencia educativa? ¿Está el estudiante considerado como un empleado y/o un estudiante? Por favor explique abajo.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**WORKSTUDY** (Nota: Para los programas de estudio de trabajo, el estudiante debe ser aprobado para el programa y de hecho estar trabajando durante el ciclo estudiantil.)

¿Se ha aprobado este estudiante para el programa de estudio y trabajo financiado por estado o gobierno federal? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Ciclo Estudiantil del programa de estudio y trabajo: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio del programa de estudio y trabajo: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

Firma del Oficial Escolar Llenando este Formulario: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_