



RIGHT AT SCHOOL AFTER SCHOOL PROGRAM INCOME VERIFICATION FORM

This application is made available to families experiencing financial hardship who are in need of after school child care. Tuition awards of a 100% or 50% reduction in price are limited due to total available funds. Parents will be notified if assistance can be offered, and the manner in which the payment would be handled between Winchester Public Schools and Right At School. An application must be completed each academic year.

To be completed by parent or guardian

Student(s) Name: _____ School: _____
_____ School: _____

Grade in the Fall (only K-4): _____ Parent Name: _____

Address: _____

Please provide the following information:

1 Telephone Number: _____

2) Work Telephone Number (if available): _____

3) a. Number of people in your household: _____

b. Ages of those in household: _____

4) Total Household Income, before taxes (amount should include all sources, such as work, Social Security, TANF, unemployment payments, general public assistance, child support, alimony, or other sources):

Per month: \$ _____ **OR** Per year: \$ _____

5) Our family receives SNAP benefits (circle one) YES or NO

6) My child(ren) receive(s) Medicaid (circle one) YES or NO

7) Please provide a statement explaining your financial need.

I, the undersigned, do hereby certify that the information provided above is complete and true to the best of my knowledge.

Parent Signature: _____ Date: _____

**Please return to the school office or to
April M. Bruce, Assistant Superintendent
Winchester Public Schools
598 N. Kent Street
Winchester, VA 22601**

_____ FOR CENTRAL OFFICE USE _____

ASSISTANCE APPROVED: _____ BY: _____

CRITERIA CONSIDERED: POVERTY RATE FAMILY SIZE FAMILY SERVICES
 BENEFITS ELIGIBILITY FINANCIAL HARDSHIP STATEMENT

ASSISTANCE APPROVED BY: _____

DATE: _____



**RIGHT AT
SCHOOL**



PROGRAMA DESPUÉS DE LA ESCUELA “RIGHT AT SCHOOL”

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Esta solicitud está disponible para las familias que atraviesan dificultades financieras y que se encuentran en la necesidad de cuidado de niños después de la escuela. Los premios de matrícula del 100 % o 50 % de reducción en el precio están limitados debido al total de fondos disponibles. Se notificará a los padres o guardianes si se puede ofrecer asistencia y la manera en que se manejará el pago entre las Escuelas Públicas de Winchester y Right At School. Se debe completar una solicitud cada año académico.

Para ser completado por los padres o guardianes:

Nombre del/la estudiante: _____ Escuela: _____
 _____ Escuela: _____

Grado que cursará a partir de Otoño (solo K-4) : _____

Nombre de padre o madre: _____

Dirección: _____

Por favor provea la siguiente información:

1 Numero telefonico: _____

2) Número telefónico del lugar de trabajo (si está disponible): _____

3) a. Cantidad de personas viviendo en el hogar: _____

b. Edades de las personas que residen en el hogar _____

4) Ingreso total del hogar, antes de impuestos (el monto debe incluir todas las fuentes, como trabajo, Seguro Social, TANF, pagos por desempleo, asistencia pública general, manutención de niños, pensión alimenticia u otras fuentes):

Por mes: \$ _____ Anual: \$ _____

5) Nuestra familia recibe beneficios SNAP (circule uno) SÍ o NO

6) Mi (s) hijo/a (s) recibe (n) Medicaid (circule uno) SÍ o NO

7) Por favr proporcione una declaración que explique su necesidad financiera.

Yo, el/la abajo firmante, por la presente certifico que la información provista arriba es completa y verdadera en el mejor de mis entendimiento.

Firma del padre o Madre: _____ Fecha: _____

**Por favor regrese a la oficina de la escuela o a
La Sra. April M. Bruce, Asistente del Superintendente
Winchester Public Schools
598 N. Kent Street
Winchester, VA 22601**

_____ FOR CENTRAL OFFICE USE _____

ASSISTANCE APPROVED: _____ BY: _____

CRITERIA CONSIDERED: ___ POVERTY RATE ___ FAMILY SIZE ___ FAMILY SERVICES
 ___ BENEFITS ELIGIBILITY ___ FINANCIAL HARDSHIP STATEMENT

ASSISTANCE APPROVED BY: _____

DATE: _____