



SOLICITUD PARA BECA

www.MLSAF.org

SOLO PARA 2020

Solo para 2020, se pueden entregar los formularios completados de solicitud de beca del Fondo de Ayuda al Estudiante de Mamaroneck-Larchmont:

- Por correo electrónico a: info@mlsaf.org

~O~

- Por correo, a:

Mamaroneck-Larchmont Student Aid Fund
P O Box 606
Larchmont, NY 10538

FECHA LÍMITE EXTENDIDA AL 15 DE ABRIL 2020

Para más información o preguntas:

favor de contactar a la Consejera de Ayuda Financiera de la MHS,
Marcia Burkett por correo electrónico:

MBurkett@mamkschools.org.



SOLICITUD PARA BECA

www.MLSAF.org

El Fondo de Ayuda al Estudiante de Mamaroneck-Larchmont provee ayuda financiera mediante becas para estudios de tiempo completo a graduados de la Mamaroneck High School. Las becas se determinan exclusivamente a base de la necesidad financiera y disponibilidad de fondos. Las decisiones se anunciarán para fines de mayo.

Lo que se necesita para completar la solicitud:

- Formulario de solicitud completado con firmas de estudiante y padre
- Copia de su SAR (Student Aid Report – Informe de ayuda financiera al estudiante) de la FAFSA (Free Application for Federal Student Aid – Solicitud gratuita para ayuda financiera al estudiante). Si no califica para completar una FAFSA, una copia de la declaración de impuestos federales se puede presentar en su lugar.
- Copia de cualquier ayuda financiera que la(s) universidad(es) en la página 3 haya(n) ofrecido.
- Copia del COA (Cost of Attendance - Costo anual de asistir a la universidad) para la(s) universidad(es) en la página 3. Usualmente el COA se puede encontrar en el sitio web de la universidad.

En algunas circunstancias, se le pedirá que complete el formulario de información financiera suplementaria del MLSAF (Fondo de Ayuda al Estudiante de Mamaroneck-Larchmont).

Si la información financiera del(de la) solicitante cumple con los criterios del Fondo de Ayuda al Estudiante, el(la) estudiante tendrá que tener una reunión en persona con los Directores del Fondo de Ayuda al Estudiante, la cual será programada por la Consejera de Ayuda Financiera de la MHS, Marcia Burkett.

Para más información o preguntas:	Favor de contactar a la Consejera de Ayuda Financiera de la MHS, Marcia Burkett Teléfono: 914-220-3200 Correo electrónico: MBurkett@mamkschools.org Oficina: MHS Salón N208
Fecha límite:	Último día de escuela en marzo
Entregar a:	Consejera de Ayuda Financiera, Marcia Burkett

LA INFORMACIÓN EN ESTA SOLICITUD ES CONFIDENCIAL

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE

Nombre del estudiante: _____

Domicilio: _____ # de Apto: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Móvil del(de la) estudiante: _____ Teléfono del hogar o padre: _____

Correo electrónico personal del(de la) estudiante: _____

I. INFORMACIÓN PERSONAL

Concentración de estudios (si se sabe): _____ Objetivo profesional (si se sabe): _____

ACTIVIDADES: Favor de indicar las actividades en las cuales participó durante sus años en la escuela secundaria. O, puede adjuntar una copia de la sección de Actividades de la Solicitud Común o la Solicitud de la Coalición o un currículum.

Clubes y otras actividades escolares (p.ej.: teatro, música, anuario, etc.)	Temporada/Año(s)
_____	_____
_____	_____

Deportes (escuela o comunidad)	Temporada/Año(s)
_____	_____
_____	_____

Servicio comunitario/Trabajo voluntario	Temporada/Año(s)
_____	_____
_____	_____

Empleo/Internados	Temporada/Año(s)
_____	_____
_____	_____

Responsabilidades familiares	Temporada/Año(s)
_____	_____
_____	_____

OTROS:

Favor de marcar si usted o un miembro de la familia o trabaja o es voluntario(a) en cualquiera de los siguientes:

- Departamento de Bomberos Departamento de Policía Cuerpo Voluntario de Ambulancia

Si sí, ¿para cuál municipio?

- Village of Mamaroneck Town of Mamaroneck Village of Larchmont

¿Algún miembro de su familia ha servido en el ejército? Sí No

Si sí, ¿quién y en qué rama (p.ej.: Armada, Marina, etc.)? _____

¿Son usted o sus hermanos la primera generación de su familia en asistir a la universidad? Sí No

LA INFORMACIÓN EN ESTA SOLICITUD ES CONFIDENCIAL

Nombre del estudiante: _____

II. INFORMACIÓN FINANCIERA UNIVERSITARIA

Universidad a la cual espera asistir (primera opción) _____ Aceptado(a) Esperando aviso
 Escuela alternativa (segunda opción) _____ Aceptado(a) Esperando aviso

Costo de asistencia para el próximo año:	Primera opción	Alternativa
- Matrícula y cuotas	\$ _____	\$ _____
- Vivienda (si no vive en casa)	\$ _____	\$ _____
- Régimen de comidas	\$ _____	\$ _____
- Gastos de viajar/Costos de traslado	\$ _____	\$ _____
- Libros y gastos varios	\$ _____	\$ _____
Costo total de asistencia	(A) \$ _____	\$ _____

Becas/Estipendios: (del paquete de ayuda financiera de su universidad)		
- PELL	\$ _____	\$ _____
- SEOG	\$ _____	\$ _____
- TAP	\$ _____	\$ _____
- Estipendio de universidad: _____	\$ _____	\$ _____
- Estipendio de universidad: _____	\$ _____	\$ _____
- Otro: _____	\$ _____	\$ _____
- Otro: _____	\$ _____	\$ _____
Total de becas/estipendios	(B) \$ _____	\$ _____

EFC (Expected Family Contribution – Contribución familiar esperada) de su SAR:	(C) \$ _____	\$ _____
---	---------------------	----------

Cálculo de su necesidad financiera:

Costo total de asistencia (línea A de arriba)	\$ _____	\$ _____
Menos: Total de becas/estipendios (línea B de arriba)	\$ _____	\$ _____
Menos: EFC (línea C de arriba)	\$ _____	\$ _____
Equivale: SU NECESIDAD FINANCIERA	\$ _____	\$ _____

Nombre del estudiante: _____

III. INFORMACIÓN FAMILIAR

	Padre 1/Tutor	Padre 2/Tutor
Nombre:	_____	_____
Parentesco:	_____	_____
Móvil:	_____	_____
Dirección electrónica:	_____	_____
Dirección:	_____	_____
Ciudad, Estado, Código postal:	_____	_____
Ocupación:	_____	_____
¿Trabaja actualmente?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Discapacitado/no puede trabajar <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Discapacitado/no puede trabajar <input type="checkbox"/>
Empleador actual:	_____	_____

Por favor liste a TODAS las personas viviendo en su hogar (Incluya: padres; padrastros; tutores; hermanos, incluyendo los que estén en la universidad; y otros parientes.)

Nombre	Parentesco	Si está en la escuela, indique el grado y el nombre de la escuela.
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Están vivos sus padres biológicos? Padre 1: Sí No Padre 2: Sí No

Sus padres biológicos están ¿casados? ¿separados? ¿divorciados? ¿nunca se casaron?

Si sus padres biológicos están divorciados, separados o nunca se casaron, ¿espera que el padre que no tiene su custodia contribuya a sus gastos universitarios? Sí No No sé

Si se sabe, cantidad estimada anual que se proporcionará: \$ _____

LA INFORMACIÓN EN ESTA SOLICITUD ES CONFIDENCIAL

Nombre del estudiante: _____

IV. INFORMACIÓN ADICIONAL

Favor de tener en cuenta que el Fondo de Ayuda al Estudiante de Mamaroneck-Larchmont se reserva el derecho de solicitar información financiera adicional.

- Favor de marcar esta casilla si hay circunstancias especiales que le gustaría compartir con los Directores del Fondo de Ayuda al Estudiante de Mamaroneck-Larchmont. Si usted marca esta casilla, favor de completar la página 6 de este formulario de solicitud.

V. PERMISO DE USAR FOTOS

_____ Doy permiso para que mi foto y nombre sean usados por el Fondo de Ayuda al Estudiante de Mamaroneck-Larchmont (MLSAF) para propósitos de publicidad. Esto incluye el uso por medios en línea e impresos y sitios de redes sociales, incluyendo el sitio web del MLSAF, la página de Facebook del MLSAF y los artículos de noticias que publiquen las actividades del MLSAF.

_____ NO doy permiso para que mi foto y nombre sean usados por el Fondo de Ayuda al Estudiante de Mamaroneck-Larchmont (MLSAF) para propósitos de publicidad.

VI. FIRMAS

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta y que los fondos solicitados se necesitan para permitirme continuar mi educación. Acepto notificar al Fondo de Ayuda al Estudiante de Mamaroneck-Larchmont de cualquier cambio sustancial de estos hechos.

Firma del estudiante _____ Fecha _____

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Nombre del padre/tutor _____

Nombre del estudiante: _____

CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES - Sólo complete si marcó la casilla en la página 5, Sección IV.

Favor de completar esta página o adjuntar hojas adicionales si marcó la casilla en la página 5 indicando que hay circunstancias especiales que usted quisiera compartir con los Directores del Fondo de Ayuda al Estudiante de Mamaroneck-Larchmont.