

# Niños Pequeños / Programa de Becas Grandes Futuros

**PROGRAMA DE BECAS**

El Comité B.E.S.T. de preparación a kindergarten tiene un programa de becas disponible para niños de 4 a 5 años de edad.

El Comité B.E.S.T. de Preparación a Kindergarten recibió fondos Mujeres Unidas del camino Unido del Condado de Lake para proveer de becas a programas preescolares.

Las aplicaciones para becas están disponibles en dos locaciones del Distrito de Parques del Area de Round Lake. El Centro Comunitario Robert W. Rolek en el 814 Hart Road en Round Lake y en Centro Deportivo localizado en el 2004 Municipal Road en Round Lake Beach.

Las becas serán otorgadas s basado en la necesidad financiera y los fondos para becas en el momento de la aplicación.

Para preguntas contacte a Joan Ellis al 847-548-8558 ext. 5085.

**BECAS B.E.S.T. DE PREPARACIÓN A KINDERGARTEN**

El Comité B.E.S.T. de Preparación a Kindergarten hace que haya fondos financieros disponibles para familias calificadas que de otra forma no tendrían acceso a educación temprana.

**BECAS**

- Toda la información es confidencial y no es materia de registro publico.
- Toda la información en la aplicación de becas preescolares debe de ser verdadera.
- Los fondos para becas son limitados. Todas las entregas de becas serán en base a la necesidad y disponibilidad de los fondos al momento de la aplicación.
- Las becas están disponibles para niños de 4 a 5 años de edad y que están enrolados en un programa preescolar dentro del Distrito de Parques del Area de Round Lake.
- Todos las solicitudes para becas deben ser enviadas a el Comité B.E.S.T. de preparación a kindergarten para revisión y determinación.

**CALIFICACIONES PARA BECA**

- Prueba de necesidad financiera debe mostrarse para calificar al programa de becas. Cosas que pueden ser consideradas/ evaluadas incluyen la participación actual en estampas de ayuda pública para comida o programa de subsidio de casa, cuentas médicas excesivas u otras circunstancias financieras inusuales.

- Todas las aplicaciones deben incluir los últimos tres recibos de pago u otra fuente de ingreso.
- Prueba de residencia en el código 60073.

**PROCEDIMIENTO**

Las personas que requieran de una beca deben llenar la forma apropiada y entregarla al distrito de parques. Las aplicaciones serán revisadas individualmente y evaluadas. Los solicitantes serán notificados dentro de 30 de Agosto.

**LIMITE EN LAS BECAS**

- Las becas serán limitadas a un máximo de 1 año de preescolar para la temporada 2019.
- Una vez aceptada el solicitante debe completar el paquete de registro requerido para el programa. Este incluye una copia del físico con todas las vacunas y el acta de nacimiento.

**FECHA LIMITE DE APLICACIÓN**

- La fecha límite es el 16 de Agosto de 2019, regrese esta forma a Joan Ellis Distrito de Parques del Area de Round Lake, 814 Hart Road, Round Lake, IL 60073

**PROGRAMA PARA BECAS DE B.E.S.T. DE PREPARACION A KINDERGARTEN**

Nombre del Solicitante de Becas \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio (Ciudad, Estado C.P.) \_\_\_\_\_

Persona Completando La Aplicación \_\_\_\_\_ Relación con Solicitante \_\_\_\_\_

Segundo Contacto \_\_\_\_\_ Relación con Solicitante \_\_\_\_\_

Teléfono Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Por favor enliste miembros adicionales que viven en la misma casa:

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Lenguaje hablado en casa primordialmente: \_\_\_\_\_

**EMPLEO**

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_

Domicilio (Ciudad, Estado C.P.) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre Supervisor \_\_\_\_\_ Cuanto Tiempo Empleado \_\_\_\_\_ Horas de Trabajo \_\_\_\_\_

**POR FAVOR MARQUE PARA INDICAR NECESIDAD FINANCIERA** (copias de documentación para lo siguiente serán necesarias)

All Kids  Subsidio de Casa  Estampas de Comida; Número de Caso \_\_\_\_\_

Cuota Escolar Diferida \_\_\_\_\_

Cuentas Medicas Excesivas; Razón \_\_\_\_\_

Cualquier Otra Circunstancia Extenuante \_\_\_\_\_

**REFERENCIAS**

Nombre \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Yo certifico que la información anotada es verdadera y entiendo que será verificada. Toda la información es confidencial y no es materia de registro público.**

Firma \_\_\_\_\_

**Solo para uso de oficina – No escriba en el espacio de abajo**

Date Application Received \_\_\_\_\_ Results \_\_\_\_\_

Date Notification Sent \_\_\_\_\_ Staff Signature \_\_\_\_\_