

Centro de Música de la Comunidad: Aplicación de la escala de descuento

Mission District Branch 544 Capp Street, San Francisco, CA 94110 (415) 647-6015

Richmond District Branch 741 – 30th Avenue, San Francisco, CA 94121 (415) 221-4515

Complete este formulario solamente si va a aplicar para un descuento. Toda la información es confidencial. Se requiere presentar pruebas de ingreso mensual de la familia o del individuo junto con este formulario. El descuento se aplica a su cuenta desde el día que presente y se apruebe este formulario con una duración de un año.

A continuación escriba el sueldo total por hogar y salario neto mensual:

Madre/Madrastra/Madre adoptiva:

•Casada \$ _____

•Separada/Divorciada \$ _____

Padre/Padraastro/Padre adoptivo:

•Casado \$ _____

•Separado/Divorciado \$ _____

Soltero (19 años o mayor) \$ _____

Aportaciones extras a este hogar (especifique):

_____ \$ _____

TOTAL =

Seleccione de la lista de abajo todos los documentos que va a presentar como prueba de los ingresos que aporten en este hogar:

- 2 talones o colillas de pagos (las más recientes)
- El formulario del pago de los impuestos de la familia o del individuo
(Formulario 1040/1040EZ/1040NR)
- Cheques de asistencia pública o subsidios del estado (SDI, SSI, AFDC, etc.)
- Pensión de jubilado
- Compensación de desempleado
- Beneficios de discapacidad, dependiente, superviviente de desastres naturales o veterano
- Manutención de niños menores
- Préstamo de Universidad/Beca
- Al menos de dos a cuatro estados de cuenta bancario del hogar (de ahorro o débito)
- Carta formal del empleador
- Ingreso de adopción temporal
- Ingreso de renta
- Ingreso de inversión de capital
- Otro: _____

Número de personas en el hogar: Por favor indique el número de personas que dependen de este ingreso:

Adultos _____ Niños _____

Mi persona certifica que:

La información que aquí presento es correcta y completa. Me comprometo que en caso de que haya un cambio en las ganancias de mis ingresos, notificaré al Centro de Música de la Comunidad y entiendo que puede afectar mi derecho a obtener un descuento.

Escriba su nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Número de teléfono o correo electrónico _____

Gastos extraordinarios:

Si usted tiene gastos extraordinarios de los cuales hace pagos mensuales (como por ejemplo: gastos médicos o dentales que no se cubren con un seguro), por favor haga una cita otro día con la persona de registro. Se requiere presentar prueba de estos gastos extraordinarios tales como factura, recibos, talones de cheques o colillas de pagos.

Nota especial:

- Niños de padres adoptivos: CMC incluye el salario de los padres adoptivos y cualquier ingreso que se obtenga del gobierno por adopción.
- Jóvenes adultos (19 años o mayor) que todavía convive en el hogar: CMC necesita ver el formulario del pago de los impuestos de los padres para determinar si el joven adulto es dependiente o independiente. Si el estudiante es dependiente, se combina el salario de los padres junto con el joven adulto para determinar el ingreso del estudiante joven. Si el estudiante es independiente, CMC usa el salario del joven adulto solamente.
- Para padres separados o divorciados: Se incluye el salario combinado por ambas partes sin importar la orden de custodia.
- Ingreso bruto: CMC calcula el 80% del ingreso bruto para determinar el salario neto.

Solicitud especial del CMC:

CMC solicita notas de reconocimiento por la escala de descuento explicando el por qué es importante este programa para usted y/o su hijo(s). Estas notas de agradecimiento fomentan a nuestros donantes, corporaciones y fundaciones a contribuir al fondo de la escala de descuento.

Para uso de oficina solamente

ID del hogar _____

Ingreso neto aceptado \$ _____

Gasto extraordinario aceptado \$ _____

Ingreso a usar con la escala de descuento \$ _____

Letra de la escala de descuento _____

Numero aceptado de personas que viven en el hogar _____

Fecha aprobado _____

Iniciales del registrador _____

Sliding Scale Application updated 11/9/2010