

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 _____