



Forma de Verificación de Ingresos del Padre/Guardian

Advertencia: Estas recibiendo este correo electrónico porque su dependiente aplicó para los servicios de TRIO Educational Access Programs. Para determinar elegibilidad, debemos verificar los ingresos del hogar para todos los dependientes menores de 24 años. Puede referirse a IRS 1040 or 1040-SR línea 15 para esta información. Si no presenta una declaración de impuestos, puede estimar su ingreso imponible tomando su ingreso mensual (SSI, disability, Unemployment, etc.) multiplicar por 12 y menos la deducción estándar de \$13,850 para cabeza de familia o \$27,700 para cabeza de familia que presenta una declaración conjunta.

Impuestos de Hogar del Año Pasado (Obligado del Departamento de Educación de Estados Unidos)

El número de personas que viven en mi hogar y/o reclamadas como dependientes (incluyéndome a mí) es _____
Seleccione los **ingresos** imposables (no totales) del **año pasado** (referir a IRS 1040 & 1040-SR línea 15)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> \$0 - \$21,870 | <input type="checkbox"/> \$37,291 - \$45,000 | <input type="checkbox"/> \$60,131 - \$68,130 |
| <input type="checkbox"/> \$21,871 - \$29,580 | <input type="checkbox"/> \$45,001- \$52,710 | <input type="checkbox"/> \$68,131 - \$75,840 |
| <input type="checkbox"/> \$29,581 - \$37,290 | <input type="checkbox"/> \$52,711 - \$60,130 | <input type="checkbox"/> \$75,841 - Y más |

- Yo certifico que la información anterior es verdadera y completa a mi leal saber y entender.
- Yo certifico que mi dependiente es residente permanente o ciudadano estadounidense.
- Yo autorizo la divulgación de la escuela secundaria de mi dependiente (si es menor de 18 años) (transcripciones, puntajes de exámenes estandarizados, documentación de necesidades especiales y estado de inscripción) al Educational Access Program.
- Yo doy permiso para que mis dependientes asistan a las actividades del EAP.
- Yo autorizo la divulgación e intercambio de la información de ayuda financiera de mis dependientes de las Yo universidades y el gobierno federal a EAP.
- Yo entiendo que completar esta solicitud no garantiza la aceptación en el EAP
- Yo entiendo que el EAP mantendrá la confidencialidad de la finalización de esta solicitud.
- Yo autorizo el uso de la fotografía de mi dependiente (si es menor de 18 años) en las publicaciones y comunicados de prensa de EAP para el programa EAP.
- Yo entiendo que si mis dependientes (si son menores de 18 años) necesitan adaptaciones debido a una discapacidad para participar en EAP, o cualquiera de sus actividades programadas, debo comunicarme con el Educational Access Program.

Firma de padre/guardian _____

Imprimir Nombre: _____ Fecha: _____