



## Asistencia de Escuela de Verano 2024

### Elegibilidad

Puede solicitar asistencia financiera para la escuela de verano si su hijo:

1. debe ser de 0-18 años de edad
2. debe ser residente del condado de Tarrant
3. debe estar en la escuela media o secundaria
4. debe tener un buen comportamiento y buena asistencia
5. debe haber fallado clases necesarias para avanzar al siguiente grado
6. no debe haber recibido ninguna ayuda para clases de verano de Gill Children's Services en el pasado
7. no debe ser elegible para cualquier otro programa de asistencia

### Aplique por línea o en persona

#### En Línea

Debe adjuntar su formulario de referencia y verificación de ingresos para la solicitud en línea.



*Aplique*

#### En Persona en 555 Hemphill St, Ste 200, Fort Worth, TX 76104

Los siguientes documentos deben completarse y enviarse juntos antes de la fecha límite de su distrito.

- Aplicación
- Formulario de Referencia (rellenado por el personal de la escuela)
- Prueba de Ingresos (talón de cheques, carta de empleador, income tax, cartas de gobierno)

### La Fecha Límite para Aplicar

Birdville ISD.....	28 de Mayo 2024 12:00PM	HEB ISD.....	5 de Junio 2024 12:00PM
Burleson ISD.....	21 de Mayo 2024 12:00PM	Keller ISD.....	28 de Mayo 2024 12:00PM
Carroll ISD.....	31 de Mayo 2024 12:00PM	Kennedale ISD.....	4 de Junio 2024 12:00PM
Crowley ISD.....	30 de Mayo 2024 12:00PM	Mansfield ISD.....	17 de Mayo 2024 12:00PM
Eagle Mountain-Saginaw ISD...	31 de Mayo 2024 12:00PM	Northwest ISD.....	4 de Junio 2024 12:00PM
Grapevine-Colleyville ISD.....	29 de Mayo 2024 12:00PM	White Settlement ISD.....	DETERMINARSE

### Aprobación o Negación

Se puede tardar hasta cinco días en revisar una solicitud. El administrador de casos no revisará las solicitudes incompletas. Recibirá una carta por correo electrónico si a su hijo se le niega la asistencia para la escuela de verano.

Recibirá una carta de aprobación por correo electrónico si su hijo es aprobado. Esta carta debe llevarse con usted para inscribir a su hijo en la escuela de verano en su distrito. Sin la carta de aprobación, el distrito puede cobrarle el costo complete de registración de su hijo. Gill no proporcionará reembolsos. Si su distrito se está registrando para la escuela de verano en línea, dirija cualquier pregunta de registro a su distrito. Gill solo puede cubrir una parte de la matrícula necesaria. Cuando se registre a su hijo para la escuela de verano, este preparado para pagar la contribución de tutor.

Para preguntas, por favor llame Alex Estrada Grady, Case Manager, (817) 332-5070 ext. 101



Referral Form: Summer School Tuition 2024

To be filled out by school staff members only

The following student is recommended for tuition assistance for the summer session of 2024.

Student Name Date of Birth Grade School District

Parent Name Parent Phone Number Parent Email

Please list the credits that the student must take this session. Gill may only approve up to two half-credits.

Class Name \$ Tuition Registration Fee

Class Name \$ Tuition Registration Fee

Explain why the student must attend summer school this session.

Will the student need to take more than two half-credits this session? If so, how many?

If in high school, does the student have the option to drop electives next year to make up the failed classes?

N/A No Yes:

Will the student be promoted if he/she successfully completes this summer session? No Yes

Did the student's absences cause the failure? No Yes Number of absences:

Was there an extenuating circumstance for the student's absences? No Yes Please describe:

In your opinion, is this student's need for summer school an emergency and last resort? No Yes Comments:

This form was filled out by:

Staff Name Position Date

School Phone Number Email



### Escuela de Verano Asistencia 2024

**Sección 1: Información de Servicio**

- 1A. ¿Cuál es el costo total de escuela de verano? \$ \_\_\_\_\_
- ¿Cuánto está capaz de contribuir al coste de escuela de verano? \$ \_\_\_\_\_
- ¿Qué cantidad está solicitando de Gill? \$ \_\_\_\_\_
- 1B. ¿A qué distrito escolar asistirá su hijo para la escuela de verano? \_\_\_\_\_
- 1C. Explique por qué usted está necesitando asistencia de Gill en este momento. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- 1D. ¿Ha recibido ayuda de Gill Children's Services antes?  No  Sí: \_\_\_\_\_

**Sección 2: Información de Referencia**

- 2A. ¿Cómo se enteró de Gill Children's Services? \_\_\_\_\_
- 2B. ¿Tiene una relación con alguien del personal de Gill?  No  Sí: \_\_\_\_\_
- 2C. ¿Ha llamado a 2-1-1 o visitado [www.tarrantcounty211.org](http://www.tarrantcounty211.org)?  Sí  No
- 2D. Proporcione información de contacto para el consejero escolar de su hijo.

Nombre

Correo electrónico

Teléfono

### Sección 3: Información del Niño

3A. Llene la siguiente información para **TODOS los niños en su hogar**. Por favor, indique los niños que están en necesidad de escuela de verano.

<input type="checkbox"/> Este niño necesita ayuda		
Nombre de Niño: _____		
<i>Primer</i>	<i>Otro</i>	<i>Apellido</i>
Fecha de Nacimiento: ___/___/_____ <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña El niño es ciudadano de los EE.UU? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
Etnicidad <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Otro _____		

<input type="checkbox"/> Este niño necesita ayuda		
Nombre de Niño: _____		
<i>Primer</i>	<i>Otro</i>	<i>Apellido</i>
Fecha de Nacimiento: ___/___/_____ <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña El niño es ciudadano de los EE.UU? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
Etnicidad <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Otro _____		

<input type="checkbox"/> Este niño necesita ayuda		
Nombre de Niño: _____		
<i>Primer</i>	<i>Otro</i>	<i>Apellido</i>
Fecha de Nacimiento: ___/___/_____ <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña El niño es ciudadano de los EE.UU? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
Etnicidad <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Otro _____		

<input type="checkbox"/> Este niño necesita ayuda		
Nombre de Niño: _____		
<i>Primer</i>	<i>Otro</i>	<i>Apellido</i>
Fecha de Nacimiento: ___/___/_____ <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña El niño es ciudadano de los EE.UU? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
Etnicidad <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Otro _____		

## Sección 4: Información de Padres/Guardianes

4A. Complete la siguiente información acerca de los padres/guardianes. Por favor indique cuál de los padres debe ser el contacto principal para su solicitud.

Este padre/guardián es el contacto principal para esta solicitud

Relación al niño:  Madre  Padre  Guardián Legal  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
*Primer Otro Apellido*

Información de Contacto: \_\_\_\_\_  
*Teléfono de Casa Numero Celular Correo Electrónico*

Dirección: \_\_\_\_\_  
*Numero Calle Apt. Ciudad Estado Postal*

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idioma:  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

Estado de Empleo:  Desempleado  Empleo de tiempo medio (<35 horas/semana)  Empleo de tiempo completo (35+ horas/semana)

Empleador: \_\_\_\_\_

Ingreso Mensual antes de impuestos: \$ \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual después de impuestos: \$ \_\_\_\_\_

Este padre/guardián es el contacto principal para esta solicitud

Relación al niño:  Madre  Padre  Guardián Legal  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
*Primer Otro Apellido*

Información de Contacto: \_\_\_\_\_  
*Teléfono de Casa Numero Celular Correo Electrónico*

Dirección: \_\_\_\_\_  
*Numero Calle Apt. Ciudad Estado Postal*

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idioma:  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

Estado de Empleo:  Desempleado  Empleo de tiempo medio (<35 horas/semana)  Empleo de tiempo completo (35+ horas/semana)

Empleador: \_\_\_\_\_

Ingreso Mensual antes de impuestos: \$ \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual después de impuestos: \$ \_\_\_\_\_

## Sección 5: Información Financiera

¿Cuántas personas viven en su hogar? \_\_\_\_\_

5B. ¿El niño o los padres reciben cualquiera de los siguientes apoyos?

Mantenión de niños	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Cantidad por Mes: \$_____.
TANF	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Cantidad por Mes: \$_____.
Estampillas de Comida/SNAP	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Cantidad por Mes: \$_____.
Seguro Social de Retiro o Deseabilidad	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Cantidad por Mes: \$_____.
Desempleo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Cantidad por Mes: \$_____.
Ayuda con el pago de renta	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
WIC	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Otro: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Cantidad por Mes: \$_____.

5C. Enumere sus facturas mensuales.

Rento/Pago de casa	\$_____.
Electricidad	\$_____.
Gas	\$_____.
Agua	\$_____.
Comida y abarrotes (ponga "0" si recibe estampillas)	\$_____.
Pago de carro	\$_____.
Aseguranza de carro	\$_____.
Gasolina de carro	\$_____.
Cuidado de niños/guardería	\$_____.
Teléfono celular	\$_____.
Internet	\$_____.
Suscripciones	\$_____.
Gasto de cosas personales	\$_____.
Seguro de salud	\$_____.
Pagos médicos por mes (Saldo: \$_____)	\$_____.
Pagos de tarjetas de Crédito por mes (Saldo: \$_____)	\$_____.
Prestamos por mes (Saldo: \$_____)	\$_____.
Otro (Especifica por favor): _____	\$_____.

## Sección 6: Reconocimiento y Autorización

### 6A. Reconocimiento de Servicios de Financiación

Gill Children's Services Inc. ("Gill") es 501c3 caridad sin fines de lucro, es una fuente de financiación de último recurso que proporciona una red de seguridad para los niños del Condado de Tarrant, cuyas necesidades médicas, dentales, físicas, sociales, psicológicas y educativas no han sido satisfechas por otros recursos de la comunidad. Gill proporciona fondos sólo cuando se han agotado los recursos de la comunidad y de la familia. Al firmar a continuación, usted reconoce y acepta, en nombre de sí mismo, y su esposo/esposa (si aplica) y el menor en cuyo beneficio financiación (todo el conjunto, "Receptor"), de la siguiente manera:

1. Gill está proporcionando financiación para el Receptor para obtener servicios de un proveedor de terceros y emitir el pago directamente a dicho proveedor de terceros. Fondos no serán pagados directamente al Receptor.
2. Gill no es responsable de la conducta de cualquier tercero proveedor que ofrece servicios al Receptor. El Receptor es el único responsable de la elección de utilizar tales terceros proveedores de servicios y por el curso del tratamiento que selecciona el receptor.
3. EN CONSIDERACIÓN POR EL FINANCIACIÓN QUE GILL ESTÁ PROPORCIONANDO AL RECEPTOR, CADA RECEPTOR Y SUS RESPECTIVOS HEREDEROS Y REPRESENTANTES PERSONALES, POR LA PRESENTE LIBERA GILL Y SU RESPECTIVO EMPLEADOS, OFICIALES, DIRECTORES Y AGENTES (COLECTIVAMENTE "LIBERADOS") DE CUALQUIERA Y TODAS LAS CAUSAS DE ACCIÓN, DEMANDAS, RESPONSABILIDADES O DAÑO QUE PUEDA AHORA O EN EL FUTURO SUFRIR EL RECEPTOR QUE SE RELACIONAN DE ALGUNA MANERA CON O SURGEN DE LOS SERVICIOS PARA LOS QUE GILL ESTÁ PROPORCIONANDO FINANCIACIÓN (LOS "SERVICIOS") Y ESTÉ DE ACUERDO (1) NO TRAER A CUALQUIER CAUSA DE ACCIÓN O RECLAMACIÓN DE CUALQUIER CLASE CONTRA CUALQUIER LIBRADOS QUE SURJA DE O ESTÉ RELACIONADA CON, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, LOS SERVICIOS, INCLUYENDO, SIN LIMITACIÓN, CUALQUIER LESIÓN O DAÑO A CUALQUIER PERSONA O PROPIEDAD COMO RESULTADO DE LOS SERVICIOS O DE CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE SE BASA EN LA NEGLIGENCIA UNICA, CONJUNTA O COMPARATIVA DE GILL; Y (11) DE ESTE RECONOCIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE FINANCIACIÓN SERÁ UNA DEFENSA COMPLETA A, Y UN CONSENTIMIENTO PARA EL DESPIDO DE, CUALQUIER CAUSA DE ACCIÓN O RECLAMACIÓN INTERPUESTO CONTRA GILL EN CONTRAVENCIÓN DEL PRESENTE.
4. Esta Confirmación de financiación del servicio se registrará e interpretará de acuerdo con las leyes de Texas, y cualquier disputa entre Gill y el receptor debe y no puede ser llevada ante un tribunal de jurisdicción competente en el Condado de Tarrant, Texas.
5. El receptor ha leído cuidadosamente este Reconocimiento de Servicios de financiación, entiende su contenido y lo ha firmado, libre y voluntariamente, con pleno conocimiento de su contenido, y la persona que firma en nombre del hijo menor de edad es el padre o tutor legal de dicho niño, y autorizado a firmar en su nombre.

\_\_\_\_\_  
*Padre/Guardiana Firma*

\_\_\_\_\_  
*En nombre del Menor (niño)*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

- 6B. Concedo el permiso de Gill Children's Services Inc. para usar un resumen del caso de mi hijo por cualquier y todos los efectos relacionados con la educación pública y / o promoción de servicios de Gill Children's Services. También doy permiso que Gill Children's Services pueda utilizar, publicar y mostrar o cualquier obra de arte creada por mi hijo para Gill Children's Services. Libero a cualquier y todos los derechos sobre las imágenes creadas y preparados. Libero a Gill de cualquier y todas las reclamaciones o responsabilidades derivadas de su utilización. También entiendo que una vez que se da a conocer la información del caso o de obras de arte, puede ser revelada por el destinatario o por Gill y la información no puede ser protegido por las leyes o reglamentos federales de privacidad. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a 555 Hemphill. Debo informarles de mi intención de revocar esta autorización. Entiendo que tal revocación no tendrá ningún efecto sobre cualquier acción tomada por Gill Children's Services antes de la recepción de la revocación.

\_\_\_\_\_  
*Padre/Guardiana Firma*

\_\_\_\_\_  
*En nombre del Menor (niño)*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*