



Asistencia de Escuela de Verano 2025

Elegibilidad

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

1. Tiene entre 0-18 años de edad
2. Es residente del condado de Tarrant
3. Esta en la escuela media o secundaria
4. Tiene buen comportamiento y buena asistencia
5. Falló clases necesarias para avanzar al siguiente grado
6. No ha recibido ninguna ayuda para clases de verano de Gill Children's Services en el pasado
7. No es elegible para cualquier otro programa de asistencia

Aplique en 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.

- Solicitud completado
- Formulario de Referencia (rellenado por el personal de la escuela)
- Prueba de Ingresos (talón de cheques, carta de empleador, impuestos, cartas de gobierno)

La Fecha Límite para Aplicar

Birdville ISD.....	May 27, 2025, 12:00PM	HEB ISD.....	June 4, 2025, 12:00PM
Burleson ISD.....	TBD	Keller ISD.....	May 27, 2025, 12:00PM
Carroll ISD.....	TBD	Kennedale ISD.....	May 30, 2025, 12:00PM
Crowley ISD.....	May 28, 2025, 12:00PM	Northwest ISD.....	TBD
Eagle Mountain-Saginaw ISD...	May 30, 2025, 12:00PM	White Settlement ISD.....	TBD
Grapevine-Colleyville ISD.....	May 29, 2025, 12:00PM		

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 Lizbeth Aguilar, Case Manager, (817) 332-5070 ext. 101



Escuela de Verano Asistencia 2025

Sección 1: Información de Servicio

- 1A. ¿Cuál es el costo total de escuela de verano? \$ _____
- ¿Cuánto está capaz de contribuir al costo 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 necesita la 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? Sí No
- 2D. Proporcione información de contacto del consejero escolar de su hijo.

Nombre

Correo electrónico

Teléfono

Sección 3: Información del Menor

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 Segundo 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"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro _____

<input type="checkbox"/> Este niño necesita ayuda
Nombre de Niño: _____ <i>Primer Segundo 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"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro _____

<input type="checkbox"/> Este niño necesita ayuda
Nombre de Niño: _____ <i>Primer Segundo 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"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro _____

<input type="checkbox"/> Este niño necesita ayuda
Nombre de Niño: _____ <i>Primer Segundo 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"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro _____

Sección 4: Información de Padres/Guardianes Legales

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 con el niño: Madre Padre Guardián Legal Otro: _____

Nombre: _____
Primer Segundo 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 con el niño: Madre Padre Guardián Legal Otro: _____

Nombre: _____
Primer Segundo 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?

Manutención 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 Discapacidad	<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	\$_____.
Seguro de carro	\$_____.
Gasolina de carro	\$_____.
Cuidado de niños/guardería	\$_____.
Teléfono celular	\$_____.
Internet	\$_____.
Suscripciones	\$_____.
Gasto de cosas personales	\$_____.
Seguro de salud	\$_____.
Pagos médicos por mes (\$_____)	\$_____.
Pagos de tarjetas de Crédito por mes (\$_____)	\$_____.
Prestamos por mes (\$_____)	\$_____.
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/Guardian 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/Guardian Firma

En nombre del Menor (niño)

Fecha