

NOMBRE DEL TITULAR DEL CONTRATO
DE ALQUILER

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
(últimos 4 dígitos)

FORMULARIO 8. VERIFICACIÓN DEL ESTADO DE ESTUDIANTE

El objetivo de este formulario es verificar el estado de estudiante. Cada miembro del núcleo familiar mayor de 18 años que asista a la escuela a tiempo completo o que esté en un programa de capacitación laboral **debe** completar este formulario. Si este formulario no puede completarse, presente alguno de los siguientes documentos para verificar el estado de estudiante:

- Los estudiantes de High School deberán presentar el boletín de calificaciones más reciente o una carta de un representante de la escuela en la que se confirme la inscripción.
- Los estudiantes universitarios pueden presentar el expediente académico más reciente o una carta de un representante de la institución educativa.
- Los estudiantes de los programas de capacitación para adultos deberán presentar los documentos de inscripción o una carta de un representante del programa.

UN ADMINISTRADOR DE LA ESCUELA/DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN LABORAL DEBE COMPLETAR, SELLAR Y FIRMAR EL FORMULARIO.

¿Completó usted
este formulario?

Sí

☐

No
corresponde

☐

SECCIÓN A (debe completarla el titular del contrato de alquiler)

Estudiante miembro del núcleo familiar: _____ Número de Seguro Social: _____

SECCIÓN B (debe completarla el administrador de la escuela o del programa de capacitación laboral)

1. El estudiante mencionado arriba está inscrito en:

☐ High School/universidad

☐ Programa de capacitación para de adultos

Si seleccionó "High School/universidad", ignore la opción 2 y vaya a la opción 3.

2. ¿Da el programa capacitación laboral y servicios de autosuficiencia? ☐ Sí ☐ No

¿Está el programa financiado por el gobierno federal, estatal o local? ☐ Sí ☐ No

¿Está el programa financiado por el HUD? ☐ Sí ☐ No

3. Estado de inscripción: ☐ ☐

El estudiante está inscrito en un (marque uno) programa de **tiempo completo/tiempo parcial** y obtendrá _____ créditos este semestre. Horas semanales de participación en el programa si está en un programa de capacitación para adultos: _____

	Cantidad por año
Pago por los estudios	
Trabajo y estudio	
Subsidios/Becas	

Institución educativa: _____ Dirección: _____

Administrador: _____ Cargo: _____ Teléfono: _____

**EL SELLO EN TINTA/GRABADO DE LA COMPAÑÍA
ES OBLIGATORIO**

Certifico que la información de arriba es exacta y entiendo que presentar declaraciones falsas a una agencia gubernamental se castigará según las leyes federales.

FIRMA DEL ADMINISTRADOR

FECHA

