

2015–16 Verificación de Elegibilidad del Estudiante Advanced Placement/International Baccalaureate Test Fee Program

Prueba de AP

Prueba de IB

Pruebas de AP e IB

I. Información del estudiante

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Grado	Fecha
Preparatoria a la que asiste				

II. El estudiante califica para el Programa de Reembolso de las Cuotas de la Prueba AP/IB

Los ingresos del grupo familiar no superan el 185% de las pautas federales de ingresos de pobreza. El nivel de ingresos totales o los ingresos brutos anuales se utilizan para determinar la elegibilidad (si usa el Formulario 1040 de Declaración de Impuestos sobre los Ingresos Individuales de los Estados Unidos, consulte la línea 22, la línea 15 del 1040A y la línea 6 del 1040EZ). Esta categoría **incluye a los estudiantes que son elegibles para participar en el Programa Federal para Recibir Comidas Gratuitas o a Precio Reducido.**

III. Verificación de necesidad: Familia o estudiante (de 18 años o más, no dependiente)

Declaro que tengo la necesidad de recibir asistencia financiera para pagar las cuotas de las pruebas de AP/IB y que los ingresos de nuestro grupo familiar durante el año pasado no excedieron el 185% de las pautas federales de ingresos de pobreza.

Firma del padre/madre/tutor o estudiante	Date

For School Use Only – Review income documentation and identify source.

- Government agency – Department of Social Services, Social Security Administration, etc
- Most recently filed federal income tax return
- Pay receipts
- Parent/student statement
- Free/Reduced Price Meal Verification
- Other – specify:

Signature of Designated School Personnel	Date

*** This form is to be retained by the school district for five years. The California Department of Education does not require a copy of this form.**

**2015–16 Declaración de Elegibilidad de Ingresos
Advanced Placement /International Baccalaureate Test Fee Program**

Yo, _____, padre/tutor legal, de
_____ (nombre del estudiante), he recibido copia de los
Ingresos del Nivel Federal para Elegibilidad para el año escolar 2015–16*. Yo
declaro que los ingresos de mi hogar están dentro de los directivos de una familia de
_____ (apunte cuantos de familia).

Firma de Padre/Tutor Legal

Fecha

* Los ingresos del hogar no excede el 185 por ciento de los directivos federales de pobreza.