



**ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA
P.O. BOX 10163, SAN JUAN, PR 00908-1163**

USO OFICIAL

Fecha completó
documentos:

Fecha aprobada:

SOLICITUD DE ASISTENCIA ECONOMICA

A tenor con la Ley Núm. 41 de 3 de marzo de 2002, Creación del Fondo de Becas para estudios post graduados para Agrónomos, Veterinarios y cualquier otro profesional en el campo de la agricultura.

I. DATOS GENERALES DEL ESTUDIANTE

1. Nombre _____
Apellidos Nombre
2. Número de Seguro Social ____/____/____ 3. Fecha de Nacimiento ____/____/____
Mes Día Año
4. Indique si es ciudadano de Estados Unidos SI () NO ()
Si no es ciudadano, escriba su número de identificación de residente _____
5. Dirección Postal Permanente: _____ Dirección Residencial Permanente: _____

Teléfono Residencial o familiar cercano _____ Teléfono Hospedaje; _____
Correo electrónico _____ Celular: _____
6. Residencia Legal: () Puerto Rico () Otro Indique
7. Programa y año de Estudio _____ () Maestría () Doctorado PHD () Veterinaria
8. ¿Ha sido convicto de algún delito relacionado a las drogas ilegales? SI () NO ()

II. DETERMINACION DE DEPENDENCIA DEL ESTUDIANTE

9. A. ¿Es usted veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? SI () NO ()
- B. (1) ¿Tiene hijos que reciben más del cincuenta por ciento (50%) del sustento de parte de usted? SI () NO ()
- (2) ¿Tiene usted dependientes, además de su hijo(a) y/o esposo(a) que vivan con usted y que reciban más del cincuenta por ciento (50%) de su sustento hasta el 30 de junio del presente año? SI () NO ()

III. INFORMACION DE LA FAMILIA

10. ¿Cuál es el estado civil actual de sus padres () Soltero () Casado o de la persona que tenga su custodia legal? () Divorciado () Otro: Indiquen _____
11. Número de miembros en la familia _____
Nota: Deben residir bajo el mismo techo y depender por más del 50% del Jefe de Familia
12. Si es dependiente legalmente, además de usted, indique el número de estudiantes que asistirán a una institución post-secundaria durante el año.

IV. INFORMACION SOBRE INGRESOS Y BENEFICIOS DEL AÑO FISCAL ANTERIOR. NO DEJE ESPACIOS EN BLANCO. SI LA CONTESTACION ES CERO, ESCRIBA -0- (DEBE COMPLETAR AMBAS COLUMNAS).

	PADRES		ESTUDIANTE/ CONYUGE	
13. ¿Rindieron Planilla de Contribución sobre Ingresos? Si contestó NO, proceda a contestar de la pregunta 17 en adelante.	() SI	() NO	() SI	() NO
14. Número de personas reclamadas en planilla	_____		_____	
15. Ingreso bruto ajustado en 2003	\$ _____		\$ _____	
16. Contribución Sobre Ingreso determinada para 2003	\$ _____		\$ _____	
17. Ingresos de empleo devengados en 2003	Padre	\$ _____	Estudiante	\$ _____
	Madre	\$ _____	Cónyuge	\$ _____
18. Ingresos y Beneficios no tributables del 1º de enero al 31 de diciembre de año natural. <u>SOMETA EVIDENCIA</u>				

	PADRES		ESTUDIANTE/ CONYUGE	
Beneficios de Seguro Social	\$ _____		\$ _____	
Pensión Alimentaria	\$ _____		\$ _____	
Otros Ingresos y Beneficios no tributables	_____		_____	

19. Escriba la edad del mayor de sus padres, padrastro, madrastra o de quien tenga su custodia legal	_____	
20. Dinero en efectivo, cuentas de ahorro, Cuentas de cheques	\$ _____	\$ _____

V. INFORMACION SOBRE BIENES

	PADRES		ESTUDIANTE/ CONYUGE	
	Valor	Deuda	Valor	Deuda
21. Otros bienes raíces e inversiones (no residencia principal)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
22. Negocio(s)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
23. Finca(s)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

VI. BENEFICIOS DE VETERANOS PARA EDUCACION (SOLAMENTE DEL ESTUDIANTE)

24. Beneficios educativos de veteranos que usted espera recibir entre el 1º de julio/04 al 30 de junio de 2005.
a. Cantidad Mensual \$ _____
b. Número de Meses _____

VII. GRUPO FAMILIAR (Inclúyase)

25. Escriba información de las personas que componen el grupo familiar según reportado en el encasillado núm. 11
a. No incluya a hermanos mayores de 24 años, si estos devengan un salario.

Nombre	Edad	Parentesco con solicitante	Nombre de la Compañía donde trabaja y/o estudia e indique dónde y Núm. de estudiante.

VIII. **CERTIFICACION:** Declaro(amos) que esta solicitud ha sido examinada por la Junta de Directores del Fondo de Becas del Departamento de Agricultura y que es correcta y completa. No tengo(emos) objeción alguna a que se hagan investigaciones tendentes a verificarla y acepto(amos) la(s) sanción(es) que se estime pertinente imponerme(nos), si se determina que la misma es falsa. Acuerdo(amos) proporcionar toda evidencia sobre ingresos del año en curso y cualquier otra evidencia que dicha Junta considere pertinente para la evaluación de esta solicitud.

IX. TODA COMUNICACION SERA ENVIADA A TRAVES DE CORREO ORDINARIO

Firma del Estudiante

Fecha

Firma del Cónyuge

Número de Seguro Social del Cónyuge

Firma del Padre

Número de Seguro Social del Padre

Firma de la Madre

Número de Seguro Social de la Madre

NOTA: ASEGURESE DE SOMETER TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS EN EL REGLAMENTO