

116 Pleasant St., Ste. 348
Easthampton, MA 01027
Phone: (413) 529-0063
Fax: (413) 529-0802
Email: granting@rfc.org; www.rfc.org

SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE BECA REGULAR

PARA LOS HIJOS E HIJAS DE ACTIVISTAS BAJO ACOSO QUE YA RECIBEN AYUDA

Por favor note: La Junta de Directores de la RFC toma todas las decisiones de otorgación. La fecha límite para solicitar es marzo 21 para las becas de primavera y octubre 13 para las de otoño. Por favor envíe la solicitud completa al RFC a la dirección de arriba. Para preguntas o ayuda, por favor llámenos al 413-529-0063. Por favor revise la Hoja de Información Básica antes de llenar esta solicitud.

1. A. Nombre y dirección de la persona que llena la solicitud:

Nombre _____

Dirección _____

_____ zip _____

E-Mail _____

Teléfono (código área)

Casa (____) _____ trabajo (____) _____

Celular (____) _____

Relación con activista: _____

Firma

Fecha

B. Nombre y dirección del tutor(a) legal, si es otra persona a la que llena la solicitud. Nota: El tutor(a) legal tiene que dar consentimiento a la solicitud.

Nombre _____

Dirección _____

_____ zip _____

E-Mail _____

Teléfono:

(____) _____ (____) _____

Casa

trabajo

Firma

fecha

C. Nombre, género y fecha de nacimiento del niño o niña a recibir estos servicios:

Nombre _____

Fecha Nacimiento ____/____/____

Genero (elijá uno) F M

Se requieren páginas 3 y 4 separadas para cada niño(a) a recibir servicios. No hay que proveer respuestas separadas para 1A and 1B para cada niño(a).

NOTA: Cada niño(a) mayor de 12 años tiene que firmar su solicitud. **(Se requiere para "Carry it Forward")**.

Firma

Fecha

D. Nombre y dirección de activista (si es otra persona a la que completa la solicitud).

Nombre _____

Dirección _____

_____ zip _____

E-Mail _____

Teléfono

(____) _____ (____) _____

Casa

trabajo

2. Impacto que la persecución en el activismo de los padres ha tenido en ESTE HIJO/A: Favor de describir cualquier impacto adicional que haya experimentado desde su solicitud inicial al RFC y cómo éste acoso ha afectado a éste/a hijo/a, o su habilidad para proveer a éste hijo/a. Favor de incluir cualquier continuo impacto que éste hijo/a ha sufrido con anterioridad.

3. Por favor describa la situación actual de los padres activistas inclusive su situación financiera, laboral, de vivienda, y de salud. Incluye cualquier consideración especial referente a la situación actual de el/la niño/a con respecto a su vivienda, salud, o estado de ánimo. (Si el/la niño/a no está viviendo con los padres activistas, por favor indique por qué y describa su relación o parentesco.)

4. Tipo de beca solicitada: (Marque todas las que aplican)

____ Beca Regular

____ Carry it Forward (CIF)*

____ Programa de Visitas de prisión del Fondo Attica (Llene la solicitud del Programa de Visitas de prisión del Fondo Attica) *No llene las preguntas 5 y 6 si sólo solicita beca bajo el Programa de Visitas de Prisión Fondo Attica.*

*Para solicitudes CIF, por favor indique el año en el colegio o la fecha esperada para completar otros programas de entrenamiento, así como el nombre del colegio o universidad. _____

5. **Proveedor.** (Escuela, terapeuta, campamento, etc.). Las becas generalmente se hacen directamente a las instituciones o proveedores (**Nota: Hay un máximo de dos proveedores por niño.** ***Si solicita una computadora, es necesario que llene la petición para pedir una computadora y que la entregue con su aplicación (www.rfc.org/application).**)

Diga si usted tiene una relación no profesional con el proveedor, tal como un vínculo familiar o amistad cercana. En la mayoría de los casos, no podemos proveer becas para servicios a miembros familiares cercanos.

Marque si se trata de un Nuevo Proveedor

Nombre _____ Naturaleza del servicio _____

Dirección _____

_____ zip _____ (escuela, campamento, consejería, etc.)

Teléfono (____) _____

Si es un nuevo proveedor, incluya copia de cualquier folleto profesional (si existe) y una carta del proveedor indicando que sabe de esta solicitud y de que cooperará con el RFC.

Si usted no tiene un proveedor al momento de solicitar, puede que no reciba toda la beca solicitada.

6. Beca Solicitada (Note que las becas CIF son hasta \$600)

Cantidad ayuda necesitada: \$ _____

(El máximo de beca es **\$2,000 por niño(a)/activista joven por ciclo, con una máximo anual de \$3,000 Y un límite anual de \$7,500 por familia.**)

NOTA: Si está solicitando \$1500 o más, por favor explique por qué necesita esa cantidad _____

Fecha comienzo servicio: _____ Fecha terminación servicio: _____

Cualquier fecha límite importante que debamos saber: _____

Enumere abajo otras fuentes de apoyo para estos servicios (Use una página adicional si es necesario.)

Adjunte una página adicional si el espacio provisto para cualquier respuesta es inadecuado.

FAVOR ENVIAR A: Rosenberg Fund for Children, 116 Pleasant Street, Suite 348, Easthampton, MA 01027

O CONTÁCTENOS PARA ASISTENCIA. Nuestro trabajo es ayudar.

TELÉFONO: (413) 529-0063 **E-MAIL:** granting@rfc.org