

FORMULAIRE DE VÉRIFICATION DES REVENUS D'ÉTUDIANT

N° de dossier du système de frais _____

Date _____

Agent _____

À l'attention de : _____
 (Nom de l'école) (Adresse)

DE LA PART DE :

Objet : _____
 SSN _____

J'autorise par la présente _____ à divulguer des informations concernant l'aide financière au Département des services sociaux du comté de _____.

 (Signature du demandeur ou du représentant)

Les informations requises ci-dessous sont nécessaires pour déterminer l'éligibilité et/ou le niveau des prestations du programme. Merci d'avoir rempli le formulaire, merci de votre coopération.

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. Est-ce que la personne ci-dessus est inscrite ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Est-ce que l'étudiant(e) est inscrit(e) au moins à mi-temps? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Est-ce qu'un diplôme/diplôme d'études générales est requis pour l'école et/ou un curriculum pour cet(te) étudiant(e) ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Est-ce que l'étudiant(e) participe à un programme Travail-Études ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 5. Si tel est le cas : Heures de travail par semestre _____ Salaire horaire en \$ _____ | | |
| 6. Est-ce que le Programme Travail-Études est financé sur le plan fédéral selon le Titre IV du Higher Education Act (loi sur l'Enseignement Supérieur) ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 7. Semestre _____ Trimestre _____ Autre _____ | | |

AIDE FINANCIÈRE

1. Type			
2. Période couverte			
3. Montant.....			

DÉPENSES SCOLAIRES

Indiquez dans quelle mesure l'aide est conçue/destinée à couvrir les éléments énumérés ci-dessous ou joignez une copie de votre budget d'étudiant pour les programmes basés sur le Campus.

1. Frais de scolarité		6. Voyage.....	
2. Frais obligatoires.....		7. Dépenses Diverses	
3. Frais d'instruction.....		8. Soins aux personnes à charge	
4. Livres		9. Hébergement.....	
5. Fournitures scolaires		10. Nourriture	

Signature du représentant de l'école ayant rempli le formulaire _____

Titre _____ Numéro de téléphone _____ Date _____