

**Montgomery County Public Schools**  
**Formulario de Asistencia Financiera para Pagar la Tarifa de los Exámenes de AP**  
**2019–2020**

En un esfuerzo por reducir los obstáculos a las oportunidades de tomar los exámenes de estudios avanzados (Advanced Placement–AP), Montgomery County Public Schools (MCPS) proporciona asistencia financiera a los/las estudiantes que la necesitan. Además, College Board (CB) ofrece descuentos para los exámenes de AP y de Culminación de Estudios Avanzados (AP Capstone). Los subsidios de MCPS para tarifas de exámenes externos se limitan a los exámenes de AP para aquellos/as estudiantes cuyas familias reúnen los requisitos federales y estatales por bajos ingresos, para recibir comidas gratis o a precio reducido.

**¿PREGUNTAS?** Comuníquese con <INSERT NAME> si tiene alguna pregunta referente a la elegibilidad o disponibilidad de asistencia financiera para pagar las tarifas de exámenes de AP.

**PLAZO LÍMITE:** Los formularios de Solicitud de Asistencia para Pagar la Tarifa de Exámenes de AP deben ser completados, firmados y devueltos a <INSERT ADDRESS> antes del **LUNES, 4 DE NOVIEMBRE, 2019.**

**INSTRUCCIONES para los Padres/Guardianes:** Completar las Partes 1–5 y devolver este formulario a más tardar en la fecha límite mencionada arriba. *La información proporcionada en este formulario se mantendrá confidencial.*

<b>PARTE 1 – INFORMACIÓN DEL/DE LA ESTUDIANTE</b>																								
Nombre del/de la Estudiante (en letra de molde/imprenta):	Estudiante No.:																							
<b>PARTE 2 – NORMAS DE ELEGIBILIDAD Y LISTA DE VERIFICACIÓN</b>																								
<b>Instrucciones:</b> Por favor marque en la siguiente lista <u>todos</u> los ítems que apliquen a la elegibilidad para asistencia financiera para su estudiante. <b>Por lo menos <u>un</u> ítem debe estar marcado para que su hijo/a pueda calificar para recibir asistencia financiera.</b>																								
<input type="checkbox"/>	Mi familia recibe asistencia bajo la Parte A del Título IV de la Ley de Seguro Social (Title IV of the Social Security Act).																							
<input type="checkbox"/>	Mi hijo/a es elegible para recibir asistencia médica bajo el Programa de Medicaid bajo el Título XIX de la Ley de Seguro Social (Title XIX of the Social Security Act).																							
<input type="checkbox"/>	Mi hijo/a es elegible para el programa de almuerzos gratis o a precio reducido, basado en el ingreso imponible de mi familia, según se muestra en la tabla continuación. <i>[NOTA: La siguiente tabla enumera el ingreso familiar anual por tamaño de la unidad familiar al 185 por ciento del nivel de pobreza. Si el ingreso de la familia del/de la estudiante no excede la cantidad listada para el número de integrantes de la familia, él o ella califica para asistencia financiera.]</i>																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Tamaño de la Unidad Familiar</th> <th style="width: 25%;">Ingreso Anual de la Familia*</th> <th style="width: 25%;">Tamaño de la Unidad Familiar</th> <th style="width: 25%;">Ingreso Anual de la Familia*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">\$23,107</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">\$55,815</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">\$31,284</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">\$63,992</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">\$39,461</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">\$72,169</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">\$47,638</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">\$80,346</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center; font-size: small;">Por cada integrante adicional de la familia (más de 8) suma: \$8,177</p>					Tamaño de la Unidad Familiar	Ingreso Anual de la Familia*	Tamaño de la Unidad Familiar	Ingreso Anual de la Familia*	1	\$23,107	5	\$55,815	2	\$31,284	6	\$63,992	3	\$39,461	7	\$72,169	4	\$47,638	8	\$80,346
Tamaño de la Unidad Familiar	Ingreso Anual de la Familia*	Tamaño de la Unidad Familiar	Ingreso Anual de la Familia*																					
1	\$23,107	5	\$55,815																					
2	\$31,284	6	\$63,992																					
3	\$39,461	7	\$72,169																					
4	\$47,638	8	\$80,346																					
<i>*Las cifras que se muestran bajo ingreso de la familia representan cantidades iguales al 185 por ciento de las normas de ingresos al nivel de pobreza 2019–2020 establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services). Estos niveles fueron publicados en el Registro Federal (Federal Register, Vol. 84, No. 54, 3/20/2019, páginas 10295-98.</i>																								
<b>PARTE 4 – RESPONSABILIDAD DEL/DE LA ESTUDIANTE</b>																								
NOTA: Los/las estudiantes elegibles para recibir subsidios para pagar la tarifa de exámenes son responsables de pagar una parte de la tarifa de cada examen de AP. Las tarifas específicas se encuentran en la tabla de tasas y subsidios de tarifas a continuación.																								
<b>Tasas y Subsidios de Tarifas de Exámenes de AP para Estudiantes con Necesidad de Asistencia Financiera, para el Año Fiscal 2020</b>																								
	TARIFA DE LA AGENCIA EXAMINADORA	College Board DESCUENTO A LA TARIFA DE EXAMEN DE AP	SUBSIDIO DE MCPS	EL/LA ESTUDIANTE PAGA																				
Exámenes de AP	\$85	(\$32)	(\$38)	\$15/Examen																				
Exámenes de AP Capstone	\$133	(\$32)	(\$81)	\$20/examen																				
<b>NOTA: Los/las estudiantes son responsables de pagar cualquier tarifa que se adeude por inscripción a último momento y/o por cancelación de sus exámenes.</b>																								
<b>PARTE 5 – CERTIFICACIÓN DEL PADRE/MADRE/GUARDIÁN</b>																								
<input type="checkbox"/> Con mi firma al pie, certifico que la información en este formulario es veraz. Entiendo que las autoridades escolares pueden solicitar que yo provea documentación para corroborar que mi hijo/a es elegible para recibir asistencia financiera de MCPS para pagar la tarifa de exámenes externos, de acuerdo a los criterios detallados en la Parte 2 de este formulario.																								
➔ Nombre del Padre/Madre/Guardián (en letra de imprenta/molde) _____																								
➔ Firma del Padre/Madre/Guardián (Obligatoria) _____ Fecha _____																								