NACHWEISFORMULAR STUDENTENEINKOMMEN

FS Fallnummer _____
Datum _____
Sachbearbeiter _____

AN: _____ _____
(Name des Bildungseinrichtung) (Adresse)

VON: _____
_____
_____

Betr.: _____

Sozialversicherungsnummer_____

Hiermit erteile ich _____ die Genehmigung, Informationen über finanzielle Unterstützung an die Behörde für Soziales und Familie des Verwaltungsbezirks _____ weiterzugeben.

_____
(Unterschrift des Antragstellers oder Vertreters)

Die unten angeforderten Informationen werden benötigt, um die Anspruchsberechtigung und/oder die Höhe der Programmleistungen zu ermitteln. Vielen Dank für Ihre Kooperation beim Ausfüllen des Formulars.

1. Ist die oben genannte Person eingeschrieben? ❑ Ja ❑ Nein
2. Ist der Student mindestens Teilzeit (50 %) eingeschrieben? ❑ Ja ❑ Nein
3. Ist für die Bildungseinrichtung und/oder den Studiengang dieses Studenten ein Diplom/GED erforderlich? ❑ Ja ❑ Nein
4. Nimmt dieser Student an einem Arbeitsstudienprogramm teil? ❑ Ja ❑ Nein
5. Wenn Ja: Arbeitsstunden pro Semester _____ Stundenlohn _____ USD
6. Wird das Arbeitsstudienprogramm vom Staat unter Abschnitt IV des Higher Education Act finanziert? ❑ Ja ❑ Nein
7. Semester _____ Quartal _____ Sonstiges _____

FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

1. Art.....			
2. Abgedeckter Zeitraum			
3. Betrag.....			

AUSBILDUNGSKOSTEN

Bitte geben Sie an, wie viel der Unterstützung für die Abdeckung der unten aufgeführten Dinge bestimmt/vorgesehen ist oder legen Sie eine Kopie Ihres Studentenbudgets für campusbasierte Programme bei.

1. Studiengebühren		6. Reisekosten.....	
2. Pflichtgebühren.....		7. Sonstige Kosten	
3. Abschluss/Versicherungs-gebühren		8. Betreuung von Angehörigen	
4. Bücher.....		9. Unterkunft.....	
5. Schulbedarf		10. Lebensmittel	

Unterschrift des Vertreters der Bildungseinrichtung, der das Formular ausgefüllt hat _____

Titel _____Telefonnummer _____ Datum _____

DSS-8654 (7-92)
Wirtschaftliche Unabhängigkeit