

\$ < 8 ' \$ ) ( ' ( 5 \$ / ' ( , 0 3 \$ & 7 2  
( 1 & 8 ( 6 7 \$ H ( 6 7 8 ' , \$ 1 7 ( 6 \\  
3 \$ ' 5 ( 6 2 F W X E U H

El propósito de esta tarjeta es dar a nuestras escuelas públicas a solicitar la asistencia financiera muy necesaria bajo las leyes federales existentes para el funcionamiento de las escuelas públicas. Complete y firme la tarjeta y pida a su hijo que la devuelva al maestro inmediatamente. Esta información se mantendrá confidencial. Su cooperación es muy apreciada.

Gracias, Dr. Kenneth Bradshaw, Superintendente de Escuelas

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

1. Apellido del estudiante \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
2. Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Número 9 (a de s-fec-56 t8)

PADRE/GUARDIÁN ACTIVO de TIEMPO COMPLETO en SERVICIOS UNIFORMES

¿Fue Padre/Guardián militar de tiempo completo en servicio activo el \_\_\_\_\_ de OCTUBRE de 202 ? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
En caso afirmativo, rellene #2.

Apellido de Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Rama de Servicio \_\_\_\_\_ Rango \_\_\_\_\_

(Firma requerida en la sección C)

EMPLEADOS CIVILES EN PROPIEDAD

CENTRO MEDICO VA - 950 15th St., Augusta, GA  
U. S. Courthouse - Ford & Telfair St., Augusta, GA

VA HOSPITAL - LENWOOD - Wrightsboro Rd, Augusta, GA  
Otro lugar \_\_\_\_\_

4. Dirección de la propiedad federal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
(Incluyendo Fort Gordon)

5. Escriba a nombre de la oficina de nómina (Empresa, Contratista, Subcontratista, Departamento o Agencia) paga:  
(Ej. Gordon: Departamento del Ejército o Fondo Central)

Número De Teléfono \_\_\_\_\_

(Firma requerida en la sección G)

PADRE/GUARDIÁN es a la vez un OFICIAL ACREDITADO DEL GOBIERNO ESTADOUNIDENSE y un OFICIAL MILITAR EXTRANJERO. Como de \_\_\_\_\_  
octubre de 20\_\_\_\_\_

1. Apellido del padre/guardián \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Rama de Servicio \_\_\_\_\_ Rango \_\_\_\_\_

2. Nombre del Gobierno Extranjero \_\_\_\_\_

(Firma requerida en la sección G)