



SOLICITUD DE APELACIÓN DE CAMBIO DE DEPENDENCIA

Información del Estudiante:

Apellidos y Nombre _____ Últimos 4 dígitos del Seguro Social _____

Dirección Postal _____

Pueblo _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Correo Electrónico _____

Favor de leer cuidadosamente antes de completar la solicitud.

Usted solicita que se reconsidere su Solicitud de Cambio de Dependencia para recibir fondos de Título IV. Deberá completar esta Solicitud de Apelación de Cambio de Dependencia y entregarla en la Oficina de Asistencia Económica de su institución educativa. Su solicitud será evaluada por el Director Institucional de Asistencia Económica. Una vez se evalúe su solicitud, el resultado de su caso le será notificado por escrito. **La determinación será final y no podrá ser apelada al Departamento de Educación Federal.**

Documentación Requerida:

- I. **Solicitud de Apelación de Cambio de Dependencia** – Debidamente completada y firmada.
 - a. **Certificación del estudiante** – Esta certificación debe proveer detalles adicionales que no fueron mencionados en la certificación original que ayuden a justificar la situación.
 - i. **Evidencias** – Deberá adjuntar evidencias adicionales que no fueron presentadas en la certificación original que ayuden a justificar la situación.
 - b. **Certificación adicional** – Esta certificación debe proveer detalles adicionales que no fueron mencionados en la certificación original que ayude a justificar la situación.

CERTIFICACIÓN ADICIONAL

Nombre y Apellidos _____ Parentesco o Título Profesional _____

Dirección Postal _____

Pueblo _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Celular _____

Correo Electrónico _____

Multiple horizontal lines for additional information or notes.

La persona que firma abajo, certifica que toda la información reportada es completa y correcta.

Firma _____ Fecha _____ dd/mm/aaaa

Sello Oficial

Copia de este formulario, debidamente completado, debe mantenerse en el expediente del estudiante.