



VERIFICACIÓN DE DEPENDIENTE LEGAL

25-26
LDP

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN ESTUDIANTIL _____

TELÉFONO CELULAR # _____

En la FAFSA, usted respondió que tiene hijos para los cuales usted proporciona más de la mitad de la manutención. Para verificar esta información, debe completar toda la información solicitada a continuación, firmar y enviar este formulario a la Oficina de Asistencia Financiera Estudiantil. Nota: Es posible que se le pida que proporcione documentación adicional.

Según el Departamento de Educación, la definición de "dependiente legal" es la siguiente:

- "Un hijo biológico o adoptivo para quien el estudiante proporciona más de la mitad de su manutención (51%), o un niño para quien el estudiante es su tutor legal, y para quien el estudiante proporciona más de la mitad de su manutención (51%)".

Paso 1:

- No tengo un hijo al que le proporcione más de la mitad de la manutención. Continúe con el paso 3.
- Tengo un hijo al que le proporcione más de la mitad de la manutención. Continúe con el paso 2.

Paso 2:

Enumere a continuación los hijos por los que proporcionará más de la mitad de la manutención desde el 1 de julio de 2025 hasta el 30 de junio de 2026, luego complete la tabla sobre las fuentes de manutención. El apoyo puede ser en forma de vivienda, alimentos, atención médica/dental, cuidado de niños, sus ingresos o de programas estatales/federales, como WIC o cupones de alimentos.

<u>Nombre del/de los niño(s)</u>	<u>Edad</u>	<u>Relación con usted</u>

Si tiene más de 3 hijos, enumere los niños adicionales en una hoja de papel aparte.

Fuente de apoyo	¿Recibes esta fuente de apoyo?		En caso afirmativo, cantidad estimada por mes	¿Cuántos meses al año? (1-12)
	Sí	No		
Pagos de TANF (sin incluir SNAP o HUD)			\$	
Asistencia de Vivienda (HUD o Tribal, Otros)			\$	
SNAP o Asistencia Alimentaria Tribal			\$	
Asistencia de servicios públicos (electricidad, agua, gas, etc.)			\$	
Beneficios del Seguro Social no gravados (SSI)			\$	
Manutención de los hijos recibida			\$	
Ingresos obtenidos del trabajo			\$	
Dinero pagado en su nombre			\$	
Medicaid, tarjeta médica, seguro médico de otra persona			\$	
Reembolso de ayuda financiera			\$	
Otros (especifique)			\$	



Paso 3:

Certificación y Firmas

Cada persona que firma a continuación certifica que toda la información reportada está completa y es correcta.

ADVERTENCIA: Si proporciona información falsa o engañosa a propósito, puede ser multado, condenado a prisión o ambos.

Firma del estudiante

Fecha