



## ESTUDIANTES RENOVACION INSTRUCCIONES

1. Completar y entregar la solicitud de Asistencia Económica (se encuentra adjunta).
2. **Al completar el FAFSA para el año académico 2017-2018, el gobierno federal ha estipulado que los ingresos a ser utilizados en dicha solicitud sean los del 2015 nuevamente.**
3. Si durante el año 2016 ocurrió algún cambio significativo en los ingresos de su hogar, es importante que entregue evidencia del mismo a su Oficial de Asistencia Económica junto con la solicitud.

### Fechas límite:

**Becas - 5 de mayo de 2017**

(Estudiantes sub graduados y graduados).

**Préstamos Federal - 30 de junio de 2017**

(Estudiantes graduados).



**DECANATO DE ESTUDIANTES**  
DEANSHIP OF STUDENTS

**OFICINA DE AYUDA ECONOMICA**  
FINANCIAL AID OFFICE

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO  
RECINTO DE CIENCIA MÉDICAS  
DECANATO DE ESTUDIANTES  
OFICINA DE ASISTENCIA ECONOMICA



## SOLICITUD DE ASISTENCIA ECONOMICA

### AÑO ACADEMICO 2017-2018

#### I. DATOS GENERALES DEL ESTUDIANTE (NO USE LAPIZ)

1. Nombre \_\_\_\_\_  

Apellidos		Nombre
-----------	--	--------
2. Número de Estudiante \_\_\_\_\_ 3. Número de Seguro Social XXX-XX-\_\_\_\_\_
4. Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ 5. Lic. De Conducir \_\_\_\_\_  

mes-día-año
6. Indique si es ciudadano de Estados Unidos  SI  NO Numero de Residencia A\_\_\_\_\_
7. Dirección Postal Permanente: \_\_\_\_\_ Dirección Residencial Permanente: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
8. Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_
9. PROGRAMA, AÑO Y GRADO: \_\_\_\_\_
10. Tipo(s) de ayuda económica que solicita  Beca  Préstamo Legislativo  Préstamo Estudiantil
11. Tendrá algún tipo de exención de matrícula \_\_\_\_\_ Veterano \_\_\_\_\_ Rehabilitación  
 \_\_\_\_\_ Otras (Indique cuál) \_\_\_\_\_

#### II. INFORMACION DE LA FAMILIA

- |                          |                  |
|--------------------------|------------------|
| Padre o encargado: _____ | Profesión: _____ |
| Madre o encargado: _____ | Profesión: _____ |
| Cónyuge: _____           | Profesión: _____ |

**\*ESTUDIANTES DE MEDICINA, ODONTOLOGIA Y MEDICINA EN EL EXTRANJERO QUE DESEEN SOLICITAR BECA Y PRESTAMO LEGISLATIVO TENDRAN QUE PROVEER INFORMACION DE SUS PADRES, CONYUGE Y SUYA.**

### III. GRUPO FAMILIAR (Inclúyase)

Escriba la información de las personas que componen el grupo familiar.

Nombre	Edad	Parentesco con Solicitante	Nombre de la compañía donde trabaja y/o lugar donde estudia. Si estudia en el RCM escriba el número de estudiante
		Estudiante	RCM

**Autorizo/Autorizamos a la Universidad de Puerto Rico, a través de un Oficial de la Oficina de Asistencia Económica autorizado, a proceder con cualquier cambio o corrección en mi solicitud de ayuda económica estudiantil (FAFSA) de acuerdo a la información suministrada.**

**Entiendo/ Entendemos que si intencionalmente se proporciona información falsa o engañosa, puede quedar sujeto a una multa de hasta \$20,000.00, al encarcelamiento o ambas penas.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Firma del Cónyuge

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Madre

\_\_\_\_\_  
Fecha

**TODA AYUDA ECONOMICA ESTA SUJETA A QUE USTED CUMPLA CON LAS NORMAS DE PROGRESO ACADEMICO ESTABLECIDAS POR SU ESCUELA.**

**TODA COMUNICACION SERA ENVIADA A SU CUENTA ELECTRONICA ESTUDIANTIL. (@upr.edu)**

**IMPORTANTE: TODOS LOS PAGOS DE BECAS Y PRESTAMOS SE REALIZARAN MEDIANTE DEPOSITO DIRECTO, DEBERA TENER UNA CUENTA BANCARIA ACTIVA.**

La Universidad de Puerto Rico prohíbe toda discriminación en la educación, el empleo y en la prestación de servicios por razones de raza, color, sexo, nacimiento, edad, origen o condición social, ascendencia, estado civil, ideas o creencias religiosas o políticas, género, preferencia sexual, nacionalidad, origen étnico, condición de veterano de las Fuerzas Armadas o incapacidad física.



DECANATO DE ESTUDIANTES  
DEANSHIP OF STUDENTS

OFICINA DE AYUDA ECONOMICA  
FINANCIAL AID OFFICE

### Declaración Informativa de Ingresos

#### Certifico que:

No radiqué planilla de contribución sobre ingresos para el año contributivo 2015. Acompaño junto con esta Solicitud copia fiel y exacta de los comprobantes de todos los ingresos del referido año contributivo. Las fuentes de ingresos para el 2015 fueron por concepto de:

Empleo: _____	\$ _____
Pensión de retiro o jubilación: _____	\$ _____
Pensión alimenticia recibida: _____	\$ _____
Pensión de Veterano: _____	\$ _____
Seguro Social: _____	\$ _____
Desempleo: _____	\$ _____
Dinero en efectivo pagado o recibido a su nombre: _____	\$ _____
Otros ingresos no tributados: _____	\$ _____

(especifique fuente de ingreso)

Certifico(amos) que la información arriba detallada es real y confiable. Entiendo (emos) que de haber incluido información falsa o incompleta estaré(emos) incurriendo en una violación a la norma institucional y un delito penalizado por ley. Acepto(amos) las sanciones impuestas como resultado de omitir o incluir información falsa. De igual forma, me(nos) comprometo(emos) en informar a la Oficina de Asistencia Económica sobre cualquier cambio en ingresos durante el año académico, de modo que se reevalúe y recompute la ayuda económica otorgada.

Firmado hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_, Puerto Rico.

\_\_\_\_\_  
Estudiante

\_\_\_\_\_  
Cónyuge

\_\_\_\_\_  
Padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Madre o tutor legal