

Date of Application: _____

Tiger Foundation Assistance Application

(all information provided is CONFIDENTIAL and only used for this purpose)

Student Information:	Parent/Guardian Information:
Name: _____	Name: _____
Grade: _____	Street Address: _____
Date of Birth: _____	City/State/Zip: _____
Student's School: _____ ALHS (8-12)	Phone Number: _____
___ ALC (9-12) ___ SWMS (6-7)	E-mail: _____
___ Halverson (K-5) ___ Hawthorne (K-5)	
___ Lakeview (K-5) ___ Sibley (K-5)	
Proposal/Request	
Name of the Activity: _____ Cost of the Activity: _____	
Contact Information for the Activity: _____	
<i>(include the name of the organization/business and the address to send payment)</i>	
Is your family able to pay part of the cost (if yes, how much)? _____	
Why do you (the student) want to participate in the activity and what do you hope to gain from participating?	
Have you completed an Application for Educational Benefits (Free & Reduced Lunch Form)? YES NO	
-If "NO", an application needs to be completed before the committee will review the proposal/request.	
-If "YES", Did your family qualify for (Circle One): FREE REDUCED Did Not Qualify	
If your family did not qualify, please help the committee understand why it is a hardship for your family to cover these expenses (ie. loss of income, unexpected medical bills, single income household, etc.). These can be discussed over the phone or in person if you would prefer.	

The committee will review and get back to you within 7 (seven) working days.

Fecha de Aplicación : _____

Solicitud Para Asistencia De La Fundación Tiger

(Toda información dada será confidencial y será usada solo para este propósito)

Información del Estudiante:	Información del Padre/Tutor:
Nombre: _____	Nombre: _____
Grado: _____	Dirección: _____
Fecha de Nacimiento: _____	Ciudad/Estado/código postal: _____
Escuela del Estudiante: ___ ALHS (8-12) ___ ALC (9-12) ___ SWMS (6-7) ___ Halverson (K-5) ___ Hawthorne (K-5) ___ Lakeview (K-5) ___ Sibley (K-5)	Número Telefónico: _____ Correo Electrónico: _____

Propuesta/Solicitud

Nombre de la Actividad: _____ Costo de la Actividad: _____

Información para Contactar a la Actividad: _____

(incluya el nombre de la organización/negocio y l dirección para mandar el pago)

¿Podría su amilia pagar parte del costo (si puede, cuanto)? _____

¿Por qué (el estudiante) quisieras participar en esta actividad y que esperas obtener al participar?

Has llenado la Solicitud para Beneficios Educativos (Formulario Almuerzo Gratis & Reducido)? **SI NO**

-Si "NO", necesitara llenar una aplicación antes de que el comité revise la propuesta/solicitud.

-Si "SI", Califico su familia para (Circule uno): **GRATIS REDUCIDO No Califico**

Si su familia no califico, favor de ayudar al comité entender por qué le es difícil para su familia cubrir con los gastos de esta actividad (es decir pérdida de ingresos, gastos médicos inesperados, ingreso de uno solo en el hogar). Podemos hablar de esto por teléfono o en persona si usted lo prefiere.

El comité revisara y lo contactara dentro de 7 días de trabajo.