

6. ¿CUÁL ES EL COSTO COMPLETO DE LA NECESIDAD, PROYECTO O SERVICIO?
Mostrar el costo en segmentos (equipo, vivienda, ropa, etc.)
7. ¿CUÁNTO SE SOLICITA? (Ver la Guía Para Solicitud de Becas)
8. EN CASO DE INDIVIDUO:
a. ¿CUÁNTO ES SU INGRESO PROMEDIO AL MES?

b. ¿CUÁNTOS SON SUS GASTOS PROMEDIOS AL MES?
9. INDICAR OTRAS FUENTES DES FONDOS DISPONIBLES PARA ESTA NECESIDAD O PROYECTO.
10. SI NO SE RECIBEN LOS FONDOS COMPLETOS, DE DÓNDE VENDRÍAN LOS FONDOS RESTANTES?
11. INDICAR PLANES PARA RECIBIR FONDOS EN EL FUTURO, SI SERÍA NECESARIO.

FECHA DE SOLICITUD _____

NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____

ENTREGAR UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD Y DOCUMENTACIÓN ADICIONAL A:

Chair, Grant/Gifting Committee
The Hope Foundation of Jo Daviess County
P.O. Box 262
Galena, IL 61036-0262
Hope@HopeFoundationJDC.org

REQUISITO DE SEGUIMIENTO

A eso de 90 días después de que esté aprobado la beca, esperamos que nos informe de cómo estos fondos le ayudaran.