Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

STUDENT GRANT AND EXPENSE VERIFICATION

CASE NAME	CASE NUMBER
COMMUNITY SERVICES OFFICE (CSO)	DATE

SECTION 1: TO BE COMPLETED BY DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES (DSHS)

FINANCIAL SERVICES SPECIALIST NAME	TELEPHONE NUMBER

CLIENT NAME AND ADDRESS

SECTION 2: TO BE COMPLETED BY STUDENT

STUDENT NAME (PLEASE PRINT)	SOCIAL SECURITY NUMBER	NAME OF SCHOOL

Tôi cho phép trường nêu trên được phép tiết lộ tin tức về việc học của tôi cho DSHS, Bộ Nhân Dụng (Employment Security Department -ESD), và Nha Huấn Nghệ Phục Hồi (DVR). Tin tức này bao gồm các mục như tất cả các khoản tiền trợ cấp, chi phí về học vấn, các tín chỉ, phiếu điểm danh, và phiếu điểm. DSHS sẽ dùng tin tức này để xác định điều kiện được hưởng Trợ Cấp Xã Hội (PA) và hoặc Phiếu Mua Thực Phẩm (FS). Một bản sao của mẫu này có thể được gửi cho ESD để xác định điều kiện hưởng ngân khoản của các chương trình JOBS và FIP. Một bản sao của mẫu này cũng có thể được gửi cho DVR để xác định điều kiện hưởng các dịch vụ của chương trình huấn nghệ phục hồi của tôi.

Nhà trường cần 10 ngày để hoàn tất mẫu đơn này. Hãy kèm một bản sao của giấy cho trợ cấp tài chánh chung với mẫu này và gởi về Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng của bạn. Hãy giữ lại bản phó.

STUDENT SIGNATURE	DATE

SECTION 3: TO BE COMPLETED BY THE SCHOOL

Student is: ☐ Undergraduate; ☐ Graduate. Student attends: ☐ less than 1/2 time; ☐ 1/2 time or greater.

Period for which award and expenses cover: _____ (MONTH/YEAR) through _____ (MONTH/YEAR)

Award funds are issued each: ☐ Quarter ☐ Semester ☐ Other (Specify): _____

The following costs were used in budgeting the student's financial aid award. NOTE: Please consider the student's child care needs when establishing the financial aid need.

1. Total Financial Award:		$
2. Tuition and fees:	$	
3. Books and supplies:	$	
4. Transportation:	$	
5. Miscellaneous personal expenses:	$	
6. Sub-total Expenses: *(For ESD work programs)* **(Add lines 2 thru 5)**	$	
7. Dependent care expenses: *(For PA/FS programs)*	$	
8. Total Attendance Expenses: *(For PA/FS Programs)* **(Add lines 6 + 7)**	$	
9. Total Financial Award Available: *(For PA/FS Programs)* **(Subtract line 8 from line 1)**		$

FINANCIAL AID REPRESENTATIVE SIGNATURE	TELEPHONE NUMBER	DATE