

Formulario de Reembolsos

Favor de llenar un formulario nuevo para cada semestre.
Se podría mandar el formulario llenado con los recibos originales a:
Wisconsin Early Childhood Association
744 Williamson Street Suite 200
Madison WI 53703

NOMBRE: _____	COLEGIO: _____
DIRECCIÓN: _____	
NOMBRE DE CONSEJERA DE BECA.: _____	
NOMBRE DEL CENTRO: _____	
FIRMA DE BENEFICIARIO/A _____	
FECHA _____	

Gastos de Matricula o Costo de Credencial- Favor de no llenar si T.E.A.C.H. ha pagado la matricula con un cargo aprobado al colegio.
Cantidad de Matricula: \$ _____
Quien se la pagó (Indique uno): Beneficiario Centro/Guarderia Ayuda Financiera de Estudiante O Prestamo de estudiante

Nombre de las clases/Clase de credencial/Numero de creditos:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Libros- No se podrá procesar un reembolso sin el recibo original; favor de hacer una copia por sus archivos.

El precio total de libros (menos impuestos ni franqueo): \$ _____
Indique quien pagó por los libros : Beneficiario Centro/Guardería

Titulo de Libro:	Precio (menos franque ni impuestos):
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____