



SOLICITUD DE CONSIDERACIÓN POR DEPENDENCY OVERRIDE 2023-2024
(Verificación)

Nombre del estudiante: _____

Núm. de Estudiante _____

Sección I- Información sobre *dependency override*

La ley que rige los programas de Asistencia Económica está basada en la premisa de que la familia es la primera fuente de apoyo económico a los estudiantes. En el paso 3 de la FAFSA se detallan los criterios esbozados por el Congreso de los Estados Unidos para determinar el estatus de dependencia de los solicitantes. De contestar NO a todas las preguntas del paso 3 usted es considerado dependiente de sus padres. El Departamento de Educación Federal define como padres legales a los padres biológicos o adoptivos, y a las personas denominadas como el padre o la madre, según la determinación del estado (como, por ejemplo, cuando una persona figura como el padre o la madre en el acta de nacimiento). A los abuelos, a los padres de crianza temporal, a los tutores legales, a los hermanos mayores a los padrastros viudos y a los tíos no se les considera padres, a menos que los hayan adoptado legalmente. **Esto significa que, aunque usted no viva con sus padres, tiene que proveer la información de los ingresos de ellos.** Ninguna de las circunstancias que se enumeran a continuación hace que un estudiante sea independiente:

- ✓ El estudiante vive solo y demuestra autosuficiencia.
- ✓ Los padres rehúsan proveerle al estudiante apoyo económico.
- ✓ Los padres no reclaman al estudiante como dependiente en las planillas.
- ✓ Que los padres no quieran proveer la información económica para completar la FAFSA o el proceso de verificación.

Existen circunstancias inusuales que permiten que los Administradores de Asistencia Económica realicen excepciones a la solicitud de información de los padres. Las mismas tienen que estar justificadas con documentos que evidencien la veracidad de la situación presentada. Al hacer esta solicitud, tiene que someter los siguientes documentos: hoja de verificación, información financiera Planilla 2021 con todos los anejos y formas W-2, 480.7 u otras, evidencia de los ingresos no tributables y **certificación de ingresos actuales** entre otras. Los *dependency override* tienen que ser solicitados anualmente. Nota: De estar incompleta la solicitud no podrá ser evaluada.

Sección II: Es obligatorio contestar todas las preguntas a continuación

¿Cuándo fue la última vez que vivió con sus padres?

- a. Padre #1: _____ - _____ (mes/año)
b. Padre #2: _____ - _____ (mes/año)

¿Cuándo fue la última vez que sus padres le proveyeron o ayudaron en su sustento?

- a. Padre #1: _____ (mes/año)
b. Padre #2: _____ (mes/año)

Fue o será reclamado en la planilla 2022 _____ No/ _____ Sí

¿Contestó Sí? Complete la siguiente información:

Nombre de la persona que lo reclamó: _____
Parentesco o relación: _____

¿Recibe AFDC/TANF? _____ No/ _____ Sí

Tipo de plan médico durante 2023

_____ Privado ¿Quién lo paga? _____
_____ Gobierno (Reforma)

Sección III: Detalle las circunstancias inusuales que ameritan se evalúe su solicitud. Seleccione y provea el documento que validará su *circunstancia*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sentencia del Tribunal
<input type="checkbox"/> Departamento de la Familia | <input type="checkbox"/> Certificación de un tercero: religioso, trabajador social u otros. |
|--|---|

Sección IV: Información Financiera

A. Detalle sus gastos mensuales y fuente de pago

Casa	\$	
Agua, Luz y Teléfono	\$	
Comida	\$	
Transportación	\$	
Otros	\$	

Sección V: Certificación

Certifico que esta solicitud ha sido examinada por mí y que según mi mejor información y creencia es cierta, correcta y completa. No tengo objeción a que se investigue la misma y acepto las sanciones que la Universidad de Puerto Rico estime pertinente imponerme si se descubriera que la misma es fraudulenta. Acuerdo proporcionar toda evidencia sobre los ingresos del año 2021. Las partes acuerdan que este documento puede ser firmado electrónicamente. Las partes acuerdan que las firmas electrónicas que aparecen en este documento son tan válidas como si fuera suscrita a puño y letra para efectos de validez, obligatoriedad, consentimiento aplicabilidad y admisibilidad.

Firma de estudiante

- -

Fecha

Sección VI- Para uso de la Oficina

Aprobado EFC Recalculado: _____ ISIR reprocesado: ____/____/____
 Denegado

Hago uso de mi autoridad a fin de cambiar/no cambiar la determinación de dependencia basado en:

Director/ Oficial de Asistencia Económica

Fecha