



U.S. Department of Justice
Office of Justice Programs
Bureau of Justice Assistance
Public Safety Officers' Benefits Program
Washington, DC 20531
FAX (202) 616-0314

**SOLICITUD DE ASISTENCIA
EDUCATIVA PARA FUNCIONARIOS DE
SEGURIDAD PÚBLICA
(42 U.S.C. 3796d)**

Importante: No puede pagarse ningún beneficio a menos que se haya recibido una solicitud llena (28 CFR Parte 32.20). La información solicitada en este formulario es necesaria para determinar si es elegible para recibir asistencia educativa. Sus respuestas se consideran confidenciales (38 USC 5701) y podrán divulgarse a terceros fuera de Oficina de Programas de Justicia únicamente si la Ley de Protección de la Información Privada autoriza dicha divulgación. **Aviso de Reducción del Papeleo:** De conformidad con la Ley de Reducción del Papeleo, no se requiere que una persona responda a un instrumento de recopilación de información a menos que el mismo muestre un número de control de OMB actualmente válido. Intentamos crear formularios e instrucciones precisos, fáciles de entender y que le impongan la menor carga posible al proporcionarnos la información. El tiempo promedio calculado para llenar y presentar esta solicitud es aproximadamente 20 minutos. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de esta estimación o sugerencias para que este formulario sea más sencillo, sírvase escribir al Programa de Beneficios para Funcionarios de Seguridad Pública a la dirección anterior.

PARTE I—INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

1. Nombre (Primer, Segundo, Apellido)

2. Número de Seguro Social

3. Fecha de Nacimiento

4. Relación del Solicitante con el Funcionario de Seguridad Pública Cónyuge Hijo(a)

5. Dirección Postal **PERMANENTE** del Solicitante
(Incluya Calle/Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)

6. Información de Contacto

Para todos los asuntos relacionados con la asistencia educativa contactar al:

solicitante padre / tutor del solicitante

_____ nombre del padre / tutor

(Para números telefónicos, incluya el código de área)

Teléfono de la Casa: _____

Teléfono durante el Día: _____

Teléfono Celular: _____

Correo Electrónico: _____

7. Información de Pago

Deseo recibir mis beneficios educativos por cheque.

Deseo recibir mis beneficios educativos por Depósito Directo.

Llene lo siguiente únicamente para el Depósito Directo:

Nombre del Banco: _____

Tipo de Cuenta: Ahorros Corriente

Número de Cuenta _____

Número de Enrutamiento de 9 Dígitos: _____

**FAVOR DE COMUNICARSE CON LA OFICINA DE PSOB SI CUALQUIERA DE LA INFORMACIÓN
DE LA PARTE I CAMBIA DESPUÉS DE ENVIAR SU SOLICITUD**

PARTE II—INFORMACIÓN DEL FUNCIONARIO DE SEGURIDAD PÚBLICA

8. Nombre del Funcionario de Seguridad Pública (Primer, Segundo, Apellido)

9. Fecha de fallecimiento o discapacidad

10. Agencia de Seguridad Pública del Funcionario (Nombre de la Agencia, Ciudad, Estado)

PARTE III—EXPEDIENTE EDUCATIVO DEL SOLICITANTE

11. Tipo de Escuela	Fecha en que se Graduó o Espera Graduarse	Fechas de Asistencia		Título / Certificación que Cursa u Obtuvo	Nombre y Lugar de la Escuela
		De	A		
Superior (Preparatoria)					
Universidad / Vocacional					
Universidad / Vocacional					
Universidad / Vocacional					
Universidad / Vocacional					

PARTE IV—FIRMAS

Certifico que toda la información antes indicada es verdadera a mi mejor saber y entender. Autorizo la divulgación de los expedientes educativos al Departamento de Justicia únicamente para fines de administrar el Programa PSOEA. Entiendo que debo proporcionarle a la oficina de PSOB una copia de mi expediente académico cada vez que solicite beneficios, y que el no mantener un progreso satisfactorio podría resultar en la pérdida de asistencia adicional.

Certifico que los beneficios de PSOEA que me proporcionen serán utilizados únicamente para fines educativos o vocacionales, de conformidad con los códigos 42 USC 3796d y 28 CFR 32. Certifico también que no he incurrido en incumplimiento del pago de ningún préstamo estudiantil proporcionado o garantizado por el Gobierno de los Estados Unidos.

12. Firma del Solicitante

13. Fecha de Firma

14. Si el solicitante es menor de 18 años de edad, deben completarse las siguientes secciones:

Soy el Padre Tutor del solicitante

Nombre en Letra de Molde

Firma

Dirección del Padre / Tutor

Número Telefónico del Padre / Tutor

PENALIDAD—Cualquier declaración o información falsa relacionada con esta solicitud puede constituir motivo para negar el pago de los beneficios y pudiera ser sancionado con multa o encarcelamiento (18 USC 1001). Toda la información proporcionada se tomará en consideración al revisar su solicitud de beneficios y está sujeta a investigación.