

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR LA VERIFICACIÓN TRIBAL

Yo, _____ autorizo al Programa de Asistencia Educativa Tohono O'odham a comunicarse con el Programa de Inscripción a la Nación Tohono O'odham para verificar mi estado de enrolamiento tribal. Esta autorización servirá para completar mi proceso de solicitud de asistencia educativa y para autorizar futuras solicitudes de verificación durante toda la duración de mi participación en el programa.

NOMBRE: _____

SEGUNDO NOMBRE: _____

APELLIDO: _____

OTROS NOMBRES (si corresponde): _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

NUMERO DE ENROLAMIENTO TRIBAL: _____

Entiendo que cualquier información incompleta o faltante puede retrasar o impedir que el Programa de Inscripción de la Nación Tohono O'odham verifique mi estado de inscripción tribal.

Firma: _____

Envíe este documento por correo electrónico a (preferido):

askeap@tonation-nsn.gov

O

Envíe este documento por correo a:

Programa de Asistencia Educativa
Caja P.O. 837
Sells, Arizona 85634

Education Assistance Program &
Higher Education Services