

CONDONACIÓN DE UN PRÉSTAMO POR DISCAPACIDAD 2024-2025 VERIFICACIÓN

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIANTE (en letra de imprenta)

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	Inicial del segundo nombre	Número de identificación del estudiante
Dirección del estudiante (incluya el número de apartamento)			Fecha de nacimiento del estudiante
Ciudad	Estado	Código postal	Dirección de correo electrónico
Número de teléfono de la casa (incluya el código de área)		Número de teléfono celular	

En los registros del Departamento de Educación de EE. UU. se indica que se le ha condonado uno o más préstamos estudiantiles debido a una discapacidad total y permanente. Para recibir más préstamos federales para estudiantes, debe completar este formulario y enviarlo a la Oficina de Ayuda Económica de MATC.

SI NO ESTÁ INTERESADO EN RECIBIR PRÉSTAMOS FEDERALES PARA ESTE AÑO ACADÉMICO, FIRME Y COLOQUE LA FECHA DE FIRMA A CONTINUACIÓN. **NO NECESITA HACER NADA MÁS.** SI USTED ES ELEGIBLE PARA RECIBIR ALGUNA OTRA SUBVENCIÓN, IGUALMENTE SE LE OTORGARÁN DICHAS SUBVENCIONES.

Firma del estudiante _____ Fecha _____

ADVERTENCIA: Si proporciona información falsa o engañosa de manera deliberada en esta hoja de trabajo, puede ser multado, condenado a prisión o recibir ambas penas.

PRESTAMO CONDONADO PORQUE SE HA VERIFICADO UNA DISCAPACIDAD

SECCIÓN 1: Para que complete el PRESTATARIO:

Consentimiento para la divulgación de información: Autorizo a cualquier médico, hospital o cualquier otra institución que tenga registros relacionados con la discapacidad por la cual se me canceló el préstamo a poner la información de dichos registros a disposición del Departamento de Educación de EE. UU. o del titular de mi préstamo.

Al firmar a continuación, usted solicita fondos de préstamos federales y es consciente de que ningún préstamo federal nuevo puede condonarse de manera posterior por cualquier impedimento actual a menos que el deterioro sea tal que usted vuelva a quedar con una discapacidad total y permanente. Si su préstamo anterior se condonó de manera condicional y aún no ha transcurrido el período condicional, al firmar a continuación usted afirma que el cobro se reanudará en el préstamo condonado de manera condicional y, a menos que su condición se deteriore sustancialmente, el préstamo anterior no podrá ser condonado en el futuro por cualquier impedimento presente cuando se le otorgó la condonación de manera condicional o cuando solicitó el nuevo préstamo.

DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN

Certifico que toda la información incluida en este documento es correcta y está completa. Entiendo que cualquier declaración falsa o tergiversación de la información será motivo de denegación, reducción, cancelación o reembolso de la ayuda económica.

Firma del estudiante _____ Fecha _____

ADVERTENCIA: Si proporciona información falsa o engañosa de manera deliberada en esta hoja de trabajo, puede ser multado, condenado a prisión o recibir ambas penas.

Oficina de Ayuda Económica: 700 West State Street, Room S115 ■ Milwaukee, WI 53233-1443 ■ Teléfono: 414-297-6282 ■ Fax: 414-297-6466
matc.edu finaid@matc.edu

SECCIÓN 2: Para que complete el MÉDICO.

Certificación del médico: Certifico que mi paciente, el estudiante identificado anteriormente, tiene una discapacidad que ha mejorado y que dicho estudiante, en mi opinión profesional, tiene la capacidad de realizar una actividad laboral sustancial y lucrativa. Según la Administración del Seguro Social (Social Security Administration), el término “actividad laboral sustancial y lucrativa” (substantial gainful activity, SGA) se utiliza para describir un nivel de actividad laboral y ganancias. El trabajo es “sustancial” si implica actividades físicas o mentales significativas o una combinación de ambas. La actividad laboral “lucrativa” es el trabajo realizado a cambio de una remuneración o beneficio. Entiendo que la Oficina de Ayuda Económica de MATC puede comunicarse conmigo para aclarar el estado de este estudiante.

Soy médico:

- General
 Osteópata/medicina osteopática

En el estado de _____.

Elija una de las siguientes opciones:

- Sí, el paciente mencionado anteriormente tiene la capacidad de realizar una actividad laboral sustancial y lucrativa.
 No, el paciente mencionado anteriormente no tiene la capacidad de realizar una actividad laboral sustancial y lucrativa.

Nombre de la práctica	Dirección de práctica
Nombre del médico (en letra de imprenta)	Número de licencia profesional
Número de teléfono del médico	Correo electrónico del médico

Firma del médico (no se acepta la firma en sello)

Fecha

ADVERTENCIA: Si proporciona información falsa o engañosa de manera deliberada en esta hoja de trabajo, puede ser multado, condenado a prisión o recibir ambas penas.

700 West State Street, Room S115, Milwaukee, WI 53233-1443 ■ Teléfono: 414-297-6282 ■ Fax: 414-297-6466 [_matc.edu](mailto:finaid@matc.edu)
finaid@matc.edu

MATC está acreditada por la Comisión de Educación Superior (Higher Learning Commission) de la Comisión de Instituciones de Educación Superior (Commission on Institutions of Higher Education), que es el estándar nacional para la acreditación de universidades y escuelas que se destacan en el área académica y los servicios para estudiantes. MATC es una institución de acción afirmativa e igualdad de oportunidades y cumple todos los requisitos de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act).