

NOTA IMPORTANTE: Este documento tiene únicamente fines de referencia y se creó para ayudar a los solicitantes a comparar esta traducción con la versión en inglés del formulario. Todas las respuestas se deben enviar en inglés usando la versión en inglés de este formulario, y todas las decisiones se basarán en las respuestas en inglés que se hayan enviado. La Autoridad de Asistencia Estudiantil de Educación Superior (Higher Education Student Assistance Authority, HESAA) de Nueva Jersey no aceptará respuestas en ningún otro idioma. Aunque se han hecho esfuerzos razonables para ofrecer una traducción precisa del formulario, tenga en cuenta que puede haber algunas discrepancias. Por lo tanto, cualquier discrepancia o diferencia en la versión traducida del documento no es vinculante y no tiene efecto legal a efectos de cumplimiento o aplicación. La versión en inglés de este formulario es la versión oficial y es la que se debe usar para enviar sus respuestas. Puede acceder al formulario en inglés aquí: www.hesaa.org/Documents/2026-2027HSHL-D.pdf. Para reportar un error de traducción o sugerir una traducción más precisa de este documento, comuníquese con el coordinador de acceso de idiomas de la HESAA a LanguageAssistance@hesaa.org. Si necesita asistencia adicional por teléfono, puede llamar a nuestro equipo de Atención al Cliente (Customer Care Team) al 609-584-4480 y solicitar un intérprete gratis en uno de los cientos de idiomas que hay disponibles.

STATE OF NEW JERSEY

HIGHER EDUCATION STUDENT ASSISTANCE AUTHORITY

Hoja de trabajo del grupo familiar del estudiante dependiente para 2026-2027

Envíe el formulario completado y firmado a través del Sistema de Gestión de Ayuda Financiera de Nueva Jersey (NJFAMS):
Inicie sesión en el Sistema de Gestión de Ayuda Financiera de Nueva Jersey (New Jersey Financial Aid Management System, NJFAMS) y visite: https://njfams.hesaa.org/NJFAMS/login.aspx?ReturnUrl=/NJFAMS/int/FinAid/index.aspx
Diríjase a "To Do List" (Lista de pendientes) y seleccione "Upload Document" (Cargar documento).

Para ver las instrucciones para cargar documentos, visite: https://www.hesaa.org/Pages/uploaddocuments.aspx.

Nombre del estudiante: _____ (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Inicial del segundo nombre (M.I.))

N.º de identificación de la Autoridad de Asistencia Estudiantil de Educación Superior de Nueva Jersey (New Jersey Higher Education Student Assistance Authority, NJHESAA): _____

Dirección permanente: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Dirección de email: _____

Estado civil del padre/de la madre/del padrastro/ de la madrastra (marque una opción) ☐ Soltero/a (nunca se ha casado) ☐ No casado/a, y ambos padres viven juntos ☐ Casado/a (no se ha separado) ☐ Vuelto a casar ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a ☐ Viudo/a

Fecha del estado civil del padre/de la madre/del padrastro/de la madrastra (obligatorio): mm/dd/aaaa _____

¿Cuántas personas viven actualmente en el grupo familiar de los padres/padrastros? (inclúyase a usted) _____

- Si el padre/la madre se ha vuelto a casar, **debe** incluir la información ***del padrastro/de la madrastra***.
- Si el padre/la madre estaba *divorciado/a o separado/a* ***antes*** de completar la Solicitud Gratuita de Ayuda Federal para Estudiantes (Free Application for Federal Student Aid, FAFSA), ***no*** incluya la información del *otro* padre.
- Si los padres biológicos no están casados, pero viven juntos, incluya a ***ambos*** padres en este formulario.
- Si los hermanos son ***mayores de 24 años***, ***no*** incluya su información.

¿Cuántas personas que viven actualmente en el grupo familiar de los padres/padrastros irán a la universidad durante el año académico 2026-2027? (inclúyase a usted) _____

Enumere la información de ***todas*** las personas incluidas en las cantidades de arriba. Para las personas que no están en la universidad, indique el nombre completo, la fecha de nacimiento, los últimos 3 dígitos del número del seguro social y la relación que tienen con usted. Incluya el nombre de la universidad y el año de estudios de quienes irán al menos a tiempo parcial durante el año académico 2026-2027.

NOMBRE COMPLETO de *TODOS* los miembros del grupo familiar de los padres (INCLUYENDO A LOS PADRES) (obligatorio)	**FECHA DE NACIMIENTO mm/dd/aaaa (obligatorio)**	**N.º DE SEGURO SOCIAL (solo los últimos 3 dígitos) (obligatorio)**	**RELACIÓN (con el estudiante) (obligatorio)**	**NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD/ AÑO DE ESTUDIOS**
			Estudiante	/
				/
				/
				/
				/
				/
				/
				/
				/
				/

Certifico (certificamos) que toda la información de arriba es correcta y completa según mi (nuestro) leal saber y entender.
Esta hoja de trabajo debe ser firmada por el estudiante y el padre/la madre.

Firma del estudiante (**obligatoria**): _____ Fecha: _____

Firma del padre/de la madre/del padrastro/de la madrastra (**obligatoria**): _____ Fecha: _____

Última actualización: 2/3/2026