Estimado padre, madre o tutor legal:

Las escuelas reciben algunos fondos federales o estatales (programas de asistencia para el aprendizaje, incentivos para docentes, etc.) basado en el número de niños por familia que se encuentran en o por debajo del nivel federal de pobreza. Esta Encuesta de Ingresos Familiares proporciona a la escuela de su hijo una manera de recopilar información sobre el ingreso familiar. Esta información se asegura de que la escuela de su hijo reciba la cantidad total de fondos federales y estatales y se asegura de que su hijo reciba los servicios a los que tiene derecho cuando no se recolectan las solicitudes para servicios gratuitos o a precios reducidos.

Es importante que complete esta encuesta. Por favor complete y devuelva este formulario a la escuela de tu hijo o al Nutrición Servicies at 11807 24th Ave E.

**Parte 1.** **ELEGIBILIDAD:** Calcule su ingreso familiar total. Entonces busque en la siguiente tabla de ingresos. Encuentre el tamaño de su familia. Si su ingreso familiar total es igual o menor que la cantidad indicada para el tamaño de su familia, marque la casilla.

**Tabla de Ingresos
A partir del 1 de julio de 2023 al 30 de junio de 2024**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Marque la casilla correspondiente** | **Tamaño de la Familia** | **Con Que Frecuencia se Recibe Pago** |
| **Anual** | **Mensual** | **Dos veces al Mes** | **Cada dos Semanas** | **Semanalmente** |
| [ ]  | 1 | $26,973 | $2,248 | $1,124 | $1,038 | $529 |
| [ ]  | 2 | $36,482 | $3,041 | $1,521 | $1,404 | $702 |
| [ ]  | 3 | $45,991 | $3,833 | $1,917 | $1,769 | $885 |
| [ ]  | 4 | $55,500 | $4,625 | $2,313 | $2,135 | $1,068 |
| [ ]  | 5 | $65,009 | $5,418 | $2,709 | $2,501 | $1,251 |
| [ ]  | 6 | $74,518 | $6,210 | $3,105 | $2,867 | $1,434 |
| [ ]  | 7 | $84,027 | $7,003 | $3,502 | $3,232 | $1,616 |
| [ ]  | 8 | $93,536 | $7,795 | $3,898 | $3,598 | $1,799 |
| [ ]  | Por cada miembro de familia adicional | $9,509 | $793 | $397 | $366 | $183 |
| [ ]  | La familia no califica |

**LA FAMILIA** se define como todas las personas, incluyendo padres, hijos, abuelos y todas las personas relacionadas o no que viven en su casa y comparten los gastos diarios. Si usted está solicitando para una familia con un hijo de crianza, puede incluir al hijo de crianza en el tamaño familiar total.

EL **INGRESO FAMILIAR** se considera cualquier ingreso imponible que cada miembro de la familia recibe antes de impuestos. Esto incluye salarios, seguro social, pensión, desempleo, subsidios de asistencia social, pensión alimenticia, manutención conyugal y cualquier otro ingreso en efectivo. Si se incluye a un hijo de crianza como parte de la familia, también debe incluir el ingreso personal del hijo de crianza. No cuente los pagos por crianza como ingreso.

**OTROS BENEFICIOS (Paso Opcional)** – Usted debe Seleccionar la casilla para cada programa en el cual desea participar y firme el formulario para permitir al departamento Franklin Pierce SD Servicios de Nutrición Infantil, compartir su estado de elegibilidad con los programas indicados

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Estudiante** | **Fecha de Nacimiento** | **Escuela** | **Grado** | **ASB – Atlético/ Actividades**  | **Excursión** | **Actividades****Extra-****Curriculares** | **Beca College Bound Scholarship** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Parte 3.** **FIRMA** Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos estatales y federales basados en la información que doy. Entiendo que los funcionarios escolares pueden verificar esta información. Entiendo que podría ser procesado si doy deliberadamente información falsa. Entiendo que el estado de pobreza de mi hijo puede ser compartida con otros programas y agencias según sea permitido por la ley.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_\_

La OSPI ofrece acceso equitativo a todos los programas y los servicios sin discriminar por cuestiones de sexo, raza, credo, religión, color, país de origen, edad, grado militar o veterano de guerra retirado con honores, orientación sexual incluso expresión o identidad de género, presencia de cualquier clase de discapacidad sensorial, mental o física, o uso de un perro guía o animal de asistencia entrenado por parte de una persona con alguna discapacidad. Las preguntas y las quejas sobre presuntos hechos de discriminación pueden dirigirse al Director de Equidad y Derechos Civiles, (360) 725-6162 o P.O. Box 47200; Olympia, WA 98504.