

Distrito Escolar 31 de West Northfield Formulario de ayuda financiera 2024-2025

El Distrito Escolar 31 ofrece reducciones de tarifas y exenciones para estudiantes de hogares que cumplen con las pautas establecidas en las políticas de la Junta de Educación y/o las Pautas de Ingresos del USDA.

Siga las instrucciones a continuación para solicitar **pagos escolares** (nivel de grado, tecnología, graduación de octavo grado y tarifas de actividades), **costos de transporte y tarifas de comida**.

Paso 1: Complete la página 3 (Formulario de ingresos y hogar de ISBE)

Vea las pautas de elegibilidad de ingresos de 2024 en

<https://www.isbe.net/documents/IEG-24.pdf>

MIEMBROS DEL HOGAR: Enumere los nombres de todas las personas que viven en su hogar. Incluya a los padres, abuelos, todos los hijos, otros parientes y otras personas no relacionadas que vivan en su hogar.

INGRESOS MENSUALES: Listar total **bruto** ingresos (ANTES de gastos y deducciones por impuestos, seguridad social, etc.) que recibe cada persona del hogar y la fuente de los ingresos, como salarios, jubilación, manutención de los hijos, desempleo o asistencia social.

Paso 2A: Proporcione una copia de su carta de aprobación de beneficios SNAP del Departamento de Servicios Humanos (DHS) del estado de Illinois.

Paso 2B: Si NO recibe beneficios SNAP, proporcione lo siguiente con su solicitud del Paso 1.

- Tres (3) talones de cheques de nómina consecutivos más actualizados desde la fecha de solicitud.
- Las últimas declaraciones de impuestos sobre la renta federales y estatales 1040 junto con los formularios W2, 1099 y/u otra documentación fiscal adecuada.
- Si los salarios se reciben en efectivo, proporcione documentación que verifique los ingresos (por ejemplo, carta del empleador/compañía).
- Si **ESTÁ DIVORCIADO**, una copia de las secciones de la sentencia de divorcio relativas a responsabilidades educativas, página de firma y página de sello judicial.

Paso 3: Firme la página 2 de este documento.

Paso 4: Devuelva la solicitud completa, su carta de aprobación de beneficios de SNAP o la otra documentación requerida mencionada anteriormente a la oficina del Distrito. **En 30 días después de registrarse o lo antes posible. El distrito escolar puede solicitar**

información adicional en cualquier momento durante el año escolar. El distrito le notificará cuando su solicitud sea aprobada/rechazada.

Información adicional sobre la ayuda financiera del Distrito 31

- Ningún niño es discriminado por motivos de raza, color, origen nacional, edad, sexo, discapacidad o cualquier otra clase protegida. Si cree que ha sido discriminado, escriba inmediatamente al Secretario de Agricultura, Washington, D. C. 20250.
- Si no está de acuerdo con la decisión de la escuela sobre su solicitud, es posible que desee discutirlo con la escuela. También tiene derecho a una audiencia justa. Solicite una audiencia escribiendo al Superintendente de Escuelas, Distrito Escolar 31 de West Northfield, 3131 Techny Road, Northbrook, Illinois 60062.
- La información que usted proporcione para este proceso es confidencial.
- Puede solicitar beneficios en cualquier momento durante el año escolar. Si no es elegible ahora, pero luego experimenta una disminución en los ingresos del hogar, un aumento en el tamaño del hogar o queda desempleado, puede completar una solicitud en ese momento. Esta determinación no es retroactiva pero entrará en vigor el día en que finalice la determinación.
- Si el Distrito aprueba su solicitud de ayuda financiera, debe informar a la escuela si los ingresos de su hogar aumentan en \$50 o más por mes (\$600.00 por año), si el tamaño de su hogar disminuye o si ya no recibe beneficios SNAP o cupones de alimentos. El Distrito puede verificar su elegibilidad o solicitar información adicional en cualquier momento durante el año escolar.

Su firma verifica que la información que ha proporcionado es precisa y que comprende que los funcionarios escolares pueden verificar/comprobar la información proporcionada.

Firme a continuación indicando que ha leído y comprendido la información proporcionada anteriormente en este formulario.

Firma del padre/tutor Fecha

FOR DISTRICT USE ONLY

TOTAL INCOME DETERMINATION: _____

Application Approved for: Full Waiver Partial Waiver

Amount Waived _____

Fees Approved _____

Date of Determination: _____ School Official Approval _____

Date(s) of Verification: _____ [Not more than every sixty (60) calendar days.]

FORMULARIO DE INGRESOS Y HOGAR

Para determinar la elegibilidad de varios beneficios adicionales de programas estatales federales para los cuales sus hijos pueden calificar, por

favor complete, firme y devuelva esta solicitud a **District Office – 3131 Techny Road, Northbrook, IL (Door C)**

(nombre de Ea escuela)

1. Todos los miembros del hogar

| NOMBRES DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR <small>Nombre. inicial de segundo nombre, apellido</small> | Nombre de la escuela <small>(Solamente para el estudiante)</small> | Grado | NÚMERO DE CASO SNAP O TANF (si alguno, para cada miembro del hogar) Salte a la Parte 4 si lista un número de caso SNAP o TANF. | Marque si NO tiene | Marque si es cogIDC |
|---|---|-------|--|--------------------|---------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

2. Sin hogar, migrante, huido o en Head Start

Sin hogar
 Migrante
 Huido
 En Head Start

3. Ingresos brutos totales del hogar (antes de las deducciones) Debe decirnos cuánto y con qué frecuencia.

| A. NOMBRES (LISTE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR CON INGRESOS) | INGRESOS BRUTOS Y CON QUÉ FRECUENCIA ES RECIBIDO (EJEMPLO: \$100/MES; \$100/DOS VECES AL MES; \$100/CADA DOS SEMANAS; \$100/SEMANA) | | | | | | | |
|--|---|----------------------|---|----------------------|---|----------------------|--|----------------------|
| | B. Sueldo del trabajo (antes de las deducciones) | | C. Asistencia social, manutención para menores, pensión alimenticia | | D. Pensiones, jubilación, seguro social | | Compensación para trabajadores. subsidio de desempleo, seguridad de ingreso suplementario, etc. (Cualquier otro ingreso) | |
| | Cantidad | ¿Con qué frecuencia? | Cantidad | ¿Con qué frecuencia? | Cantidad | ¿Con qué frecuencia? | Cantidad | ¿Con qué frecuencia? |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

4. Firma

Fecha

Nombre en imprenta de un miembro adulto del hogar

Firma de un miembro adulto del hogar

5. Datos

Número de teléfono labora/ (incluya el código de área) Número de teléfono de casa (incluya el código de área)

Dirección particular (Número, calle, Ciudad, estado, código postal)

INITIAL DETERMINATION**Annual Income Conversion** Weekly X 52 Every 2 Weeks X 26 Twice a Month X 24 Once a Month X 12

| | | | | |
|------------------------------|--|-----------------------------------|--------------------------------|-------------------|
| TOTAL INCOME \$ _____ | Per: <input type="checkbox"/> Week <input type="checkbox"/> Every 2 Weeks <input type="checkbox"/> Twice a Month <input type="checkbox"/> Month <input type="checkbox"/> Year | NUMBER IN HOUSEHOLD: _____ | CHANGE IN STATUS: _____ | Date _____ |
|------------------------------|--|-----------------------------------|--------------------------------|-------------------|

Currently receive benefits based on:
 homeless SNAP or TANF [2 migrant [2 foster child
 a runaway household's income Head Start

*Signature of Determining Official*_____
Date Withdrawn

Date:

Declaración respecto a la Ley de Privacidad: La Junta Educativa del Estado de Illinois está solicitando a las escuelas recolectar la información en este formulario para asistir a las escuelas a informar sobre la elegibilidad del estudiante para programas estatales y federales. Usted no tiene que dar esta información pero, si no lo hace, no podemos determinar la elegibilidad de su hijo para beneficios adicionales bajo programas estatales y federales. Nosotros guardaremos la información que usted nos brinda como privada y confidencial en la medida en que la ley lo permita. Sin embargo, compartiremos su estado socioeconómico con varios programas estatales y federales para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisiones de programas y oficiales del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas del programa.

Declaración de No Discriminación: De acuerdo a la Ley Federal y la política del Departamento de Educación de EEUU, esta institución está prohibida de discriminar en base a la raza, color, origen nacional, sex, edad o discapacidad. Para presentar un reclamo de discriminación, escriba al Departamento de Educación de EEUU, The Wanamaker Building, 100 Penn Square East, Suite 515, Philadelphia, PA 19107-3323 o llame al (215)656-8541 (Voz). Individuos con discapacidad auditiva o con discapacidades del habla pueden contactar al Departamento de Educación de EEUU a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800)877-8339; o (800) 845-6136 (Español). El Departamento de Educación de EEUU es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.