

Stamford Public Schools  
 888 Washington Blvd., 3<sup>rd</sup> Floor  
 Stamford, CT 06901  
 Attn: Audrey Way  
 203 977 1177

### ENCUESTA SOBRE EL INGRESO FAMILIAR

- Este formulario **NO** es una solicitud para comidas en la escuela
- Las Escuelas Públicas de Stamford recopilan datos sobre los ingresos familiares para comprender la demografía del distrito y para ayudar a las familias que quieran demostrar elegibilidad para acceder a los descuentos para campamentos, exámenes u otros servicios donde se aplican dichos descuentos

#### GUÍA DE INGRESOS

Guía que entra en vigencia desde el 1 de julio de 2024 hasta el 30 de junio de 2025

Cantidad de personas en la familia o tamaño del hogar	Anual	Mensual	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Semanalmente
1	\$27,861	2,322	1,161	1,072	536
2	37,814	3,152	1,576	1,455	728
3	47,767	3,981	1,991	1,838	919
4	57,720	4,810	2,405	2,220	1,110
5	67,673	5,640	2,820	2,603	1,302
6	77,626	6,469	3,235	2,986	1,493
7	87,579	7,299	3,650	3,369	1,685
8	97,532	8,128	4,064	3,752	1,876
Lo que cada miembro adicional agrega	+9,953	+830	+415	+383	+192

Si algún miembro de su hogar recibe beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) (antes cupones de alimentos), proporcione el nombre y el número de caso de 7 dígitos de la persona que recibe los beneficios y luego continúe con la Sección 1. Si nadie recibe este beneficio, pase a la Sección 1.

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de caso de 7 dígitos: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Complete esta encuesta y envíela a la escuela de su hijo/a, por correo electrónico a [Away@Stamfordct.gov](mailto:Away@Stamfordct.gov) o por correo a la siguiente dirección: Stamford Public Schools, 888 Washington Blvd., 5th floor, Stamford, CT 06901, Attn: Audrey Way

**El jefe de familia o su persona designada debe completar las siguientes elecciones:**

- TAMAÑO DE LA FAMILIA:** indique la cantidad total de personas que viven en su hogar, incluidos todos los adultos y niños: \_\_\_\_\_
- INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:** informe sobre cada estudiante desde pre kínder hasta el 12º grado.

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento MM-DD-AA	Escuela	Identifique: H = sin hogar M = inmigrante R = abandono de hogar F = bajo crianza oficial
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

Si requiere líneas adicionales, adjunte una segunda hoja a esta encuesta o adjunte una copia de esta encuesta claramente señalizada como Página 2.

- INGRESO MENSUAL TOTAL DEL HOGAR:** informe el ingreso de cada miembro del hogar, excepto los niños adoptados. Si antes indicó un número de caso, no complete esta sección. Continúe con la sección 4.

Tipo de ingreso	Ingreso	Marque con un círculo si no tiene ingresos
1. Ganancias mensuales brutas: Sueldos, salario, comisiones	\$	Ninguno
2. Pagos mensuales de bienestar social, manutención infantil, pensión alimenticia	\$	Ninguno
3. Pagos mensuales de pensiones, jubilaciones, seguro social	\$	Ninguno
4. Compensación mensual del trabajador, desempleo, beneficio de huelga	\$	Ninguno
5. Otros ingresos mensuales (SSI, VA, discapacidad, agricultura, otros)	\$	Ninguno
<b>Ingreso total mensual del hogar (Sume las líneas 1-5)</b>	\$	

**4. FIRMA**

Certifico (doy fe) que toda la información que se presenta en esta solicitud es auténtica y que se indican todos los ingresos.		
Firme aquí: X _____ Nombre (letra de imprenta): _____		
Fecha _____		
Dirección	Ciudad	Código postal
Teléfono residencial	Teléfono laboral	Dirección de correo electrónico
<small>Al proporcionar su dirección de correo electrónico, es posible que el distrito se comuniqué con usted por correo electrónico.</small>		

<b>Solo para uso interno de la oficina:</b> Marque con un círculo una opción.	
CALIFICA	NO CALIFICA