20 -20 La Encuesta de Datos Económicos Familiares

Ingrese el nombre del distrito

Ingrese el enlace a la solicitud

Complete solo un formulario por hogar. Utilice un lapicero negro o azul para rellenar la solicitud (**NO** un lápiz). Vea las instrucciones **paso a paso** para obtener más información.

PASO 1: Enumere a todos los bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 (Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional).

Nombre del estudiante	Inicial del segundo nombre	Apellido del estudiante	Fecha de nacimiento (MM/DD/YY)	Grado	Hogar de acogida temporal	Fugitivo	Sin hogar	Migrante

Marque todo lo que corresponda. Consulte las instrucciones para obtener información sobre las categorías.

¿Algún miembro del hogar recibe beneficios de SNAP, TANF/CO Works, o FDPIR? Si la respuesta es **SÍ**, anote el número de caso y pase al PASO 3. Si la respuesta es **NO**, pase al PASO 2.

Caso n.º

PASO 2: Reporte los ingresos de todos los miembros del hogar, incluidos los estudiantes.

Enumere a todos los adultos en su hogar. Informe sus **ingresos brutos totales**. Si un adulto no tiene ingresos, escriba cero (0). Añada a los estudiantes en su hogar que reciben ingresos. Consulte las instrucciones para más información.

Nombres de TODOS LOS DEMÁS miembros del hogar	**Ingresos por trabajo**	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Anual	**Asistencia pública/ Manutención infantil/ Pensión alimentaria**	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Anual	**Pensiones/ Retiro/ Todos los ingresos adicionales**	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Anual
	$						$						$					
	$						$						$					
	$						$						$					
	$						$						$					
	$						$						$					

Número total de miembros del hogar (todos los niños y adultos que viven en su hogar)

Paso 3: Firma e información de contacto

"Certifico (doy mi palabra) que toda la información en esta encuesta es verdadera y que todos los ingresos fueron informados. Entiendo que esta información es proporcionada en relación con la recepción de fondos federales, y que los oficiales de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que, si doy falsa información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida, y yo podría ser procesado criminalmente conforme a las leyes estatales y federales".

Dirección de correo o apartado postal Ciudad Estado

Código postal

Dirección de correo electrónico

Teléfono fijo o móvil

FIRMA de un miembro adulto del hogar (requerida)

Nombre y apellido en letra de imprenta de la persona que firma

Fecha

Continúe en la página 2

PASO 4: Divulgación de Información

La información proporcionada en esta encuesta se utilizará en conjunto con programas educativos estatales y puede ser compartida con las oficinas de Medicaid o del Programa de Seguro Médico Infantil Estatal (State Children's Health Insurance Program, SCHIP) para buscar la inscripción de niños en los programas mencionados anteriormente. Además, si sus estudiantes califican, esta información puede ser compartida con la escuela o el distrito con el propósito de eximir ciertas tarifas de programas escolares/distritales que de otro modo sus hijos podrían estar obligados a pagar. La escuela o el distrito no tienen permiso para compartir su información con nadie más. No está obligado a consentir la divulgación de su información, y esto no afectará la elegibilidad de su(s) estudiante(s) para las comidas escolares. Su información SE COMPARTIRÁ a menos que marque una de las casillas a continuación.

☐ NO compartan mi información con ninguno de los programas.

No compartan mi información con los programas que marqué:

☐ Examen de Colocación Avanzada (*Advanced Placement*, AP) y/o tarifas de libros de AP

☐ Examen de Oportunidad de Colegio Acelerado y/o tarifas de libros

☐ Medicaid/SCHIP

☐ Enumere el programa ffespecífico

☐ Enumere el programa específico

Ingrese la dirección de la escuela/distrito: Ingrese la dirección de la escuela/distrito

DISTRICT USE ONLY. DO NOT WRITE BELOW THIS LINE.

Annual Income Conversion: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; 2 Times per month x 24; Monthly x 12

Form Type

☐ Total Household Income: $ _____ Household Size _____

Household Income Frequency ☐ Weekly ☐ Every Two Weeks ☐ Twice a Month ☐ Monthly ☐ Annually

☐ **Categorical Eligibility**

☐ SNAP ☐ FDPIR ☐ TANF ☐ Foster ☐ Homeless/Migrant/Runaway/Head Start

Form Status

Approved ☐ Free ☐ Reduced

Denied ☐ Over Income Guidelines ☐ Incomplete/Missing _____

Notes:

Determining Official Signature: **Approval / Denial Date:** **Notification Sent:**

Note: All types of income must be combined in total household income, not just earnings from work.