



Estudiante nuevo

Paquete de vuelta a clases



Complete este paquete de vuelta a clases si es un nuevo inscripto al DPSCD para el año escolar 26-27. El paquete de vuelta a clases contiene formularios complementarios importantes que deben completarse antes de comenzar el año escolar.

Nombre de la escuela: _____

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento del estudiante: _____

Dirección: _____

Nombre del padre/madre: _____

Teléfono del padre/madre: _____



¿Le interesa el voluntariado en su escuela o en el DPSCD?
Escanee el código QR o visite el sitio web a continuación.
bit.ly/DPSCDvolunteerapplication

Para obtener más información, póngase en contacto con su escuela, visite detroitk12.org/backtoschool o llame al 313-240-4377.

El DPSCD no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, discapacidad, edad, religión, altura, peso, ciudadanía, estado civil o familiar, estado militar, ascendencia, información genética o cualquier otra categoría legalmente protegida, en sus programas y actividades educativas, incluidos el empleo y las admisiones. ¿Preguntas? ¿Preocupaciones? Contacte al Coordinador de Derechos Civiles al (313) 240-4377 o dpscd.compliance@detroitk12.org o 3011 West Grand Boulevard, Piso 14, Detroit MI 48202.



Recopilación de Datos de Afiliación Tribal

NOTA: Responder a este cuestionario es opcional. La información recopilada apoyará la coordinación y comunicación con las Naciones Tribales y ayudará al distrito a determinar su elegibilidad para solicitar fondos adicionales destinados a apoyar a los estudiantes indígenas.

Para esta recopilación de datos, la afiliación tribal se refiere a una persona con vínculos a una o más Naciones Indígenas a través de la ciudadanía, membresía, inscripción o descendencia.

Pregunta A: ¿Este estudiante tiene afiliación tribal?

- ☐ **Sí, el estudiante tiene afiliación tribal**
- ☐ **No, el estudiante no tiene afiliación tribal**

Pregunta B: Si el estudiante tiene afiliación tribal, ¿cuál es su afiliación tribal principal?

(Elija solo una)

- ☐ **Comunidad India de Bay Mills**
- ☐ **Banda Grand Traverse de Indígenas Ottawa y Chippewa**
- ☐ **Comunidad India de Hannahville**
- ☐ **Comunidad India de Keweenaw Bay**
- ☐ **Banda Lac Vieux Desert de Indígenas Chippewa del Lago Superior de Michigan**
- ☐ **Banda Little River de Indígenas Ottawa**
- ☐ **Banda Little Traverse Bay de Indígenas Odawa**
- ☐ **Banda Match-e-be-nash-she-wish de Indígenas Pottawatomi de Michigan**
- ☐ **Banda Nottawaseppi Huron de los Potawatomi**
- ☐ **Banda Pokagon de Indígenas Potawatomi**
- ☐ **Tribu India Saginaw Chippewa de Michigan**
- ☐ **Tribu Sault Ste Marie de Indígenas Chippewa**
- ☐ **No está en la lista**



División de Nutrición Escolar

Support Services Complex, Building C • 1601 Farnsworth • Detroit, MI 48211
(313) 578-7220

detroitk12.org

1 de julio de 2026

Estimado padre/madre o tutor:

Nos complace informarle que el Distrito Comunitario de Escuelas Públicas de Detroit seguirá participando en la Disposición de Elegibilidad Comunitaria (CEP, por sus siglas en inglés) como parte del Programa Nacional de Almuerzo y Desayuno Escolar para el año académico **2026-2027**.

Nuestra participación en el CEP asegura que todos los estudiantes inscritos en una escuela del Distrito recibirán un desayuno y un almuerzo saludables a diario **SIN CARGO** para su hogar.

Para mantener el estatus de nuestro programa, los padres, madres y tutores **deben completar y firmar el formulario de beneficios educativos**, (*antes conocido como formulario de información del hogar*). Este formulario es **fundamental** para determinar la cantidad de dinero que su hijo/a recibirá de una variedad de programas suplementarios estatales y federales como Título I A, En-riesgo (31a), Título II A, E-Rate, etc.

El financiamiento de estos programas suplementarios tiene el potencial de brindar apoyos y servicios adicionales para nuestros estudiantes. Entre los servicios y apoyos disponibles se incluyen:

- Apoyos didácticos (personal, suministros y materiales, etc.)
- Exención de tasas de solicitud (solicitudes universitarias, pruebas ACT/SAT, etc.)
- Descuentos para servicios de internet
- Tarjetas de descuento para el autobús para estudiantes
- Suministros y actividades para la participación de los padres/madres y la comunidad
- Tecnología escolar

Le rogamos que devuelva el formulario de beneficios educativos a la escuela de su hijo lo antes posible para garantizar que se disponga de fondos adicionales para satisfacer las necesidades de nuestros estudiantes.

Si podemos ser de más ayuda, póngase en contacto con nosotros al (313) 578-7220. Atentamente,

Distrito Comunitario de Escuelas Públicas de Detroit

Los estudiantes avanzan. Todos avanzamos.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE BENEFICIOS EDUCATIVOS

Este formulario se utiliza para determinar la elegibilidad para los beneficios estatales a los que puede calificar la escuela de su(s) hijo(s). Por favor complete, firme y devuelva este formulario a la escuela de su hijo(a).

Si algún miembro de su hogar recibe beneficios del Programa de Asistencia Alimentaria (FAP), del Programa de Independencia Familiar (FIP) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), por favor siga las siguientes instrucciones:

Parte A: Información del estudiante – Para cada estudiante del hogar desde preescolar hasta el grado 12, anote el apellido, el nombre, el grado escolar, la escuela y la letra H si es una persona sin hogar, la M si es un migrante, la R si se ha escapado o la F si es un niño de acogida.

Parte B: Beneficios recibidos – Si algún miembro del hogar, incluidos los adultos, recibe beneficios del Programa de Asistencia Alimentaria (FAP), del Programa de Independencia Familiar (FIP) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), proporcione el nombre y número de caso. Los números de la tarjeta Bridge y de Medicaid NO son números de caso ACEPTABLES.

Parte C: Tamaño de la familia - Marque la casilla que indique el número total de personas que viven en su hogar. Esto debe incluir a todos los niños y adultos, con y sin parentesco, que habiten en una misma vivienda y que compartan ingresos y gastos.

Parte D: Ingresos anuales del hogar – Omita esta parte

Parte E: Certificación - Firme el formulario. Aclaración y fecha.

Si su hogar no recibe beneficios del Programa de Asistencia Alimentaria (FAP), del Programa de Independencia Familiar (FIP) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), por favor siga las siguientes instrucciones:

Parte A: Información del estudiante - Para cada estudiante en el hogar desde preescolar hasta el grado 12, anote el apellido, el nombre, el grado escolar, la escuela y la letra H si es una persona sin hogar, la M si es un migrante, la R si se ha escapado o la F si es un niño de acogida.

Parte B: Beneficios recibidos – Omita esta parte

Parte C: Tamaño de la familia – Marque la casilla que indique el número total de personas que viven en su hogar. Esto debe incluir a todos los niños y adultos, con y sin parentesco, que habiten en una misma vivienda y que compartan ingresos y gastos.

Parte D: Ingresos anuales de la familia – En la misma fila que la casilla del tamaño de la familia, marque la casilla que muestra el rango de ingresos anuales de todas las personas de su familia. Asegúrese de incluir las siguientes fuentes de ingreso: trabajo, asistencia social, manutención infantil, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, seguridad social, SSI, beneficios de VA, ingresos de los niños y todas las fuentes de ingresos.

El monto debe ser de cualquier deducción por impuestos, seguro, gastos médicos, manutención infantil, etc.

Parte E: Certificación - Firme el formulario. Escriba su nombre, fecha e información de contacto en letra imprenta.

FORMULARIO DE BENEFICIOS EDUCATIVOS DEL AÑO ESCOLAR 2026-2027

Distrito: _____ Escuela: _____

Parte A: INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE - Complete para cada estudiante desde pre-kínder hasta grado 12

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	Grado:	Escuela	Identifique H si es una persona sin hogar M si es un migrante R si se ha escapado F si es un niño de acogida

Parte B: BENEFICIOS RECIBIDOS (si corresponde)

Si algún miembro de su hogar recibe ayuda del Programa de Asistencia Alimentaria (FAP), del Programa de Independencia Familiar (FIP) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR), proporcione el nombre y número de caso de la persona que recibe los beneficios. Los números de la tarjeta Bridge y de Medicaid NO son números de caso ACEPTABLES.

Nombre: _____ Número de caso: _____

Parte C: TAMAÑO DEL HOGAR	Parte D: INGRESOS ANUALES DEL HOGAR - Seleccione el rango apropiado de ingresos anuales combinados para todas las personas en el hogar (Incluya todos los ingresos antes de impuestos)		
☐ 1	☐ Hasta \$20.748	☐ Entre \$20.749 y \$29.526	☐ A partir de \$29.527
☐ 2	☐ Hasta \$28.132	☐ Entre \$28.133 y \$40.034	☐ A partir de \$40.035
☐ 3	☐ Hasta \$35.516 o menos	☐ Entre \$35.517 y \$50.542	☐ A partir de \$50.543
☐ 4	☐ Hasta \$42.900	☐ Entre \$42.901 y \$61.050	☐ A partir de \$61.051
☐ 5	☐ Hasta \$50.284	☐ Entre \$50.285 y \$71.558	☐ A partir de \$71.559
☐ 6	☐ Hasta \$57.668	☐ Entre \$57.669 y \$82.066	☐ A partir de \$82.067
☐ 7	☐ Hasta \$65.052	☐ Entre \$65.053 y \$92.574	☐ A partir de \$92.575
☐ 8	☐ Hasta \$72.436	☐ Entre \$72.437 y \$103.082	☐ A partir de \$103.083

*** Instrucciones especiales para hogares con más de 8 personas: NO marque las casillas de arriba. En su lugar, rellene los elementos a continuación:**

Tamaño del hogar (número de personas): _____ Ingresos totales anuales: _____

Parte E: CERTIFICACIÓN - La cabeza del hogar o el adulto designado que completó este formulario debe completar esta sección de certificación

Certifico (prometo) que toda la información en este formulario es verdadera y que todos los ingresos se reportan según mi leal saber y entender. Entiendo que este formulario puede afectar la cantidad de fondos estatales o federales asignados a mi distrito escolar local. Entiendo que la información que he proporcionado puede ser verificada.

(Firma) _____ (Aclaración) _____ (Fecha) _____

(Dirección) _____ (Ciudad) _____ (Código postal) _____

(Dirección de correo electrónico) _____ (Teléfono particular) _____ (Teléfono del trabajo) _____

NO complete esta sección. Esto es para uso exclusivo de la escuela.

Estado: F _____ R _____ N _____ Firma del funcionario determinante: _____ Fecha: _____