



Estimadas familias:

Tómense un momento para completar el formulario y regresarlo a la escuela del estudiante. El Formulario de Beneficios Educativos recoge información necesaria para asegurar que la escuela reciba financiación estatal y federal por los programas educativos. **Sin esta información, nuestra escuela podría perder financiación importante para los programas educativos que nuestros estudiantes necesitan.** Estos programas y subvenciones complementarios tienen el potencial de ofrecer apoyos y servicios para nuestros estudiantes incluidos, entre otros:

- Personal de instrucción (por ejemplo, interventores de lectura, tutores de matemática, ayudas académicas y de comportamiento)
- Suministros y materiales de enseñanza
- Asesores y trabajadores sociales
- Enfermeros escolares
- Aprendizaje profesional para el personal
- Suministros y actividades para la participación de los padres y madres en la comunidad
- Tecnología

¿Por qué la escuela solicita información financiera? El Formulario de Beneficios Educativos determina la elegibilidad de un estudiante o un hogar. El recuento total de estudiantes elegibles se utiliza para determinar los montos de financiación que se pondrán a disposición de una escuela. Cuantos más formulario se envíen, mejor.

¿Qué debo hacer? Complete el formulario adjunto y envíelo a la escuela de su hijo/a.

¿Para qué más puede ser elegible mi estudiante o mi hogar? Según la información que proporcione en su Formulario de Beneficios Educativos, su hijo/a puede calificar para otros programas como:

- Pay to play (Pagar para jugar) o Pay to Participate (Pagar para participar)
- Programas que proporcionan apoyo alimentario
- Programas que proporcionan apoyo con los viajes escolares
- Programas que proporcionan suministros escolares o ayudan con las tarifas escolares
- Programas que proporcionan apoyo con las vacaciones
- Posible apoyo para el hogar para cable e internet.

Debe completar el **formulario para compartir información con otros programas que se adjunta**, para otorgar permiso para compartir su información de elegibilidad.

Si tiene preguntas, póngase en contacto con Food Service al 586-797-1180.

Atentamente,

Mandy Sosnowski

Compartir información con otros programas

Estimada familia:

Según la información que proporcionó en su Formulario de Beneficios Educativos, su hijo/a puede calificar para otros programas. Para los siguientes programas, necesitamos su permiso para compartir su información. Enviar este formulario no cambiará que su hijo/a reciba comidas gratuitas o a precio reducido.

¡Sí! **QUIERO** que los funcionarios escolares compartan información de mi formulario de beneficios educativos con:

- ☐ Pay to Participate (Pagar para participar) (Deportes y clubes).
- ☐ Programas que proporcionan apoyo alimentario (mochilas de fin de semana, comidas para vacaciones, etc.).
- ☐ Programas que proporcionan apoyo para viajes escolares (tarifas reducidas o becas para viajes escolares).
- ☐ Programas que proporcionan suministros escolares o ayudan con las tarifas escolares (mochilas llenas y suministros de una lista de suministros solicitados, tarifas de pruebas).
- ☐ Programas que proporcionan apoyo para las vacaciones (comidas, regalos de vacaciones, oportunidades para que niños y niñas busquen regalos sin costo).

Si marca "Sí" en alguna de las casillas o en todas ellas, complete el formulario a continuación. Si información será compartida solo con los programas que marcó.

Nombre del niño/a: _____ Escuela: _____

Nombre del niño/a: _____ Escuela: _____

Nombre del niño/a: _____ Escuela: _____

Nombre del niño/a: _____ Escuela: _____

Aclaración: _____ Dirección: _____

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Para obtener más información, puede llamar a Food Service al 586-797-1180.

Envíe este formulario a: Food Service, 11303 Greendale, Sterling Heights, MI 48312

FORMULARIO DE BENEFICIOS EDUCATIVOS

Distrito: _____ Escuela: _____

PARTE A: INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE- Completar para cada estudiante de Pre-K a 12º grado

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	Grado	Escuela	Identifique H si no tiene hogar M si es migrante R si se ha escapado F si es un niño/a de acogida

Si necesita líneas adicionales, adjunte una segunda hoja a este informe o adjunte una copia de este informe claramente marcada como página 2.

PARTE B: BENEFICIOS RECIBIDOS-Si alguna persona en su hogar recibe el Programa de Asistencia Alimentaria (FAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Independencia Familiar (FIP, por sus siglas en inglés) o el FDPIR, indique el nombre y el número de caso de la persona que recibe los beneficios. Los números de la tarjeta Bridges y de Medicaid NO SON NÚMEROS DE CASO ACEPTABLES.

Nombre: _____ Número de caso: _____

PARTE C: TAMAÑO DE LA FAMILIA - Ingrese la cantidad total de personas que viven en su hogar, incluidos todos los adultos y niños/as→ _____

PARTE D: INGRESOS MENSUALES TOTALES DEL HOGAR - Indique los ingresos de todas las personas del hogar, excluyendo a los niños/as de acogida. Si usted ha proporcionado un número de caso anteriormente, no necesita llenar esta sección. Siga con la PARTE E

Tipo de ingreso	Ingresos	Haga un círculo si no tiene
1. Ingresos brutos mensuales: Sueldos, salarios, comisiones	\$	Ninguno
2. Pagos mensuales de asistencia social, manutención infantil, pensión alimenticia	\$	Ninguno
3. Pagos mensuales de pensiones, jubilaciones y seguridad social	\$	Ninguno
4. Dividendos o intereses mensuales de ahorros	\$	Ninguno
5. Indemnizaciones mensuales por accidente de trabajo, prestaciones por desempleo o huelga	\$	Ninguno
6. Otros ingresos mensuales (SSI, VA, Discapacidad, Agrícolas, otro)	\$	Ninguno
Total de los ingresos mensuales del hogar (sume las líneas 1-6)	\$	

PARTE E: CERTIFICACIÓN- La persona a cargo de la familia o el adulto designado que ha completado este formulario debe completar esta sección de certificación.

Certifico (prometo) que toda la información contenida en este formulario es verdadera y que se informan todos los ingresos a 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) _____
(Correo electrónico) _____ (Teléfono fijo) _____ (Teléfono del trabajo) _____

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

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

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE BENEFICIOS EDUCATIVOS

Este formulario se utiliza para determinar el derecho a beneficios estatales a las que puede calificar la escuela de su(s) hijos/as. Por favor, complete, firme y devuelva este formulario a la escuela de su hijo/a.

Si alguna persona en su hogar recibe beneficios del Programa de Asistencia Alimentaria (FAP, por sus siglas en inglés), del Programa de Independencia Familiar (FIP, por sus siglas en inglés) o del FDPIR, siga estas instrucciones:

Parte A: Información del estudiante- Para cada estudiante en el hogar, desde pre-K hasta el 12º grado, ingrese el apellido, el nombre, el nivel de grado, la escuela y H si no tiene hogar, M si es migrante, R si se ha escapado o F si es un niño/a de acogida.

Parte B: Prestaciones recibidas: Si alguna persona en el hogar, incluidos los adultos, recibe el Programa de Asistencia Alimentaria (FAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Independencia Familiar (FIP, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés), indique el nombre y el número de caso. Los números de la tarjeta Bridges y de Medicaid NO SON NÚMEROS DE CASO ACEPTABLES.

Parte C: Tamaño de la familia - Introduzca la cantidad total de personas que viven en su hogar. Debe incluir a todos los niños/as y adultos, emparentados y no emparentados, que vivan en una misma vivienda y compartan ingresos y gastos.

Parte D: Ingresos mensuales totales del hogar - Omita esta parte

Parte E: Certificación- Firme este formulario. Ingrese su nombre y la fecha.

Si ninguna persona en su hogar recibe beneficios del Programa de Asistencia Alimentaria (FAP, por sus siglas en inglés), del Programa de Independencia Familiar (FIP, por sus siglas en inglés) o del FDPIR, siga estas instrucciones:

Parte A: Información del estudiante- Para cada estudiante en el hogar, desde pre-K hasta el 12º grado, ingrese el apellido, el nombre, el nivel de grado, la escuela y H si no tiene hogar, M si es migrante, R si se ha escapado o F si es un niño/a de acogida.

Parte B: Prestaciones recibidas: Omita esta parte.

Parte C: Tamaño de la familia - Introduzca la cantidad total de personas que viven en su hogar. Debe incluir a todos los niños/as y adultos, emparentados y no emparentados, que vivan en una misma vivienda y compartan ingresos y gastos.

Parte D: Total de ingresos mensuales del hogar - Detalle los ingresos mensuales de todas las personas en el hogar para cada tipo de ingreso que corresponda. El monto debe ser anterior a cualquier deducción por impuestos, seguros, gastos médicos, manutención de hijos/as, etc. Si no tiene ingresos para una categoría, haga un círculo en NINGUNO. Sume las líneas del 1 al 6 y escriba el total de ingresos mensuales del hogar.

Parte E: Certificación- Firme este formulario. Aclaración, fecha e información de contacto.