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 actuante: 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 todos 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.