

20 La Encuesta de Datos Económicos Familiares

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
_____	_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Marque todo lo que corresponda. Consulte las instrucciones para obtener información sobre las categorías.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿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						Asistencia pública/Manutención infantil/ Pensión alimentaria						Pensiones/ Retiro/ Todos los ingresos adicionales					
	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Anual	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Anual	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Anual			
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							

Paso 3: Firma e información de contacto

“Certifico que mis hijos no están recibiendo beneficios de EBT de Verano en otro estado u Organización Tribal Indígena. Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera, y que todos los ingresos están reportados. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de Fondos Federales, y que los Funcionarios escolares pueden verificar (comprobar) la información. Estoy consciente de que si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de las comidas, y puedo ser procesado bajo las leyes estatales y Federales aplicables.”

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

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

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.

Comparta mi información con los siguientes programas que he indicado:

- 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

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.