



Formularios de información de ingresos familiares



El propósito de este formulario de CPS es obtener información sobre el ingreso de las familias para determinar los fondos escolares. CPS y su escuela pueden recibir fondos adicionales basados en la cantidad de familias de bajos recursos matriculadas. Por favor, complete este formulario y entréguelo a la oficina de la Escuela.

Padres — devuelvan este formulario a la escuela antes del **29 de Octubre de 2021**.
Schools — Please enter into ODA by **November 18, 2021**.

Por favor escriba con imprenta:

NOMBRE DE ESCUELA

¿TIENE SU FAMILIA SERVICIOS DE INTERNET EN CASA? SÍ NO

PARTE 1: Información sobre el hogar— Escriba los nombres de todas las personas que viven en su hogar.

PARTE 2: N° de SNAP/TANF de cualquier miembro de su hogar (siga la parte 6)

*Hijo de Crianza (responsabilidad legal de la agencia de bienestar o la corte)

ESTUDIANTE EN ADOPCIÓN TEMPORAL	¿ESTUDIANTE DE CPS?	TODOS LOS NOMBRES DE MIEMBROS DEL HOGAR			FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE CASO DE DHS SNAP O TANF (ÚLTIMOS 9 DÍGITOS)												
		Apellido	Nombre	Inicial														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	

PARTE 3: Niño sin Hogar, Emigrante, Fugitivo o Niño en el programa Head Start

- NIÑO SIN HOGAR
- EMIGRANTE
- FUGITIVO
- HEAD START

Firma del intermediario del niño sin hogar, emigrante, fugitivo o en Head Start

Fecha

PARTE 4: Nombres de los integrantes de su hogar que perciben ingresos (DEJE EN BLANCO si ha contestado la Sección 2 o 3 de esta solicitud.)

OTROS INGRESOS pueden ser pero no limitados a Bienestar, Manutención de Menores, Jubilación, Seguro Social, Compensación al Trabajador y Desempleo.

Para cada uno, indique sus ingresos y cada cuánto los recibe.

Frecuencia: Semanalmente, Cada dos semanas, Dos veces al mes, Mensualmente, Anualmente

NOMBRES DE MIEMBROS DEL HOGAR CON INGRESOS			INGRESOS BRUTOS (antes de deducciones)	Semanalmente Cada dos semanas	Dos veces al mes	Mensualmente	Anualmente	TODOS OTROS INGRESOS	Semanalmente	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Mensualmente	Anualmente
Nombre	Inicial	Apellido											
			\$ [][][][][][]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ [][][][][][]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			\$ [][][][][][]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ [][][][][][]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			\$ [][][][][][]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ [][][][][][]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			\$ [][][][][][]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ [][][][][][]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			\$ [][][][][][]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ [][][][][][]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PARTE 5: Otros Beneficios

- SI!** Me interesa aplicar por la exoneración del pago de enseñanza.
- SI!** Me interesa aplicar para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y/o la Medicaid. O llame al 773-553-5437

Firma

PARTE 6

Firma: Certifico que toda la información indicada arriba es verdadera y que he reportado todos nuestros ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos del gobierno federal basado en la información en este formulario y que los funcionarios escolares puedan verificar la fidelidad de la información; y si doy información falsa intencionalmente, me pueden llevar a juicio.

Firma del miembro adulto del hogar

Nombre del adulto del hogar

Apellido del adulto del hogar

Dirección postal o de domicilio

Código Postal

Fecha

Certifico que la información de este formulario es correcta



Formularios de información de ingresos familiares



PARTE 7: identidades raciales y étnicas de los niños (opcional)

MARQUE UNA:

- Hispano/Latino
- No Hispano/Latino

MARQUE UNA O MÁS:

- Asiático Negro O Afroamericano Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacifico
- Blanco Indio Americano o Nativo de Alaska

Instrucciones para llenar la solicitud

SI SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE SNAP/TANF, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Sección 1: Escriba el nombre de cada persona en su hogar y fecha de nacimiento (de alumnos). (Adjunte otra solicitud, si es necesario.)

Sección 2: Escriba el número de caso del DHS (SNAP o TANF) correspondiente a cada persona que recibe SNAP/TANF. No escriba el número de la tarjeta médica.

Avance a Sección 5: Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de All Kids (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque el cuadrado y firme.

Sección 6: Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud.

Sección 7: Marque los cuadrillos que corresponda a su identidad racial y étnica.

SI USTED ESTÁ APLICANDO DE PARTE DE UN NIÑO(A) SIN HOGAR, EMIGRANTE, FUGITIVO(A) O NIÑO EN EL PROGRAMA HEAD START, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Sección 1: Escriba el nombre de cada persona en su hogar y fecha de nacimiento (de alumnos).

Avance a Sección 3: Marque el cuadrado que corresponda y obtenga la fecha y firma del coordinador escolar de alumnos sin hogar, emigrantes o fugitivos.

Avance a Sección 5: Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de All Kids (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque el cuadrado y firme.

Sección 7: Marque los cuadrillos que corresponda a su identidad racial y étnica.

SI USTED ESTA APLICANDO DE PARTE DE UN HIJO DE CRIANZA, SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

Si todos los niños en el hogar son hijos de crianza:

Sección 1: Escriba el nombre, fecha de nacimiento y marque el cuadrado "Hijo de Crianza" al lado del nombre de su(s) hijo/a(s) de crianza.

Avance a Sección 5: Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de All Kids (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque el cuadrado y firme.

Sección 6: Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud.

Si algunos, pero no todos, los niños en el hogar son hijos de crianza:

Sección 1: Escriba el nombre, fecha de nacimiento y marque el cuadrado "Hijo de Crianza" al lado del nombre de su(s) hijo/a(s) de crianza.

Skip to Part 4: Avance a Sección 4: Siga las instrucciones bajo TODOS LOS DEMÁS HOGARES (Sección 4) más abajo.

Avance a Sección 5: Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de All Kids (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque el cuadrado y firme.

Sección 6: Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud.

Sección 7: Marque los cuadrillos que corresponda a su identidad racial y étnica.

TODOS LOS DEMÁS HOGARES, SIGAN ÉSTAS:

Sección 1: Escriba el nombre de cada persona en su hogar y fecha de nacimiento (de alumnos). (Adjunte otra solicitud, si es necesario.)

Avance a Sección 4: Siga estas instrucciones para reportar el ingreso total de su hogar:

Columna 1 Nombre:

Escriba nombre y apellido de cada persona que vive en su hogar que recibe ingresos, sea pariente o no (tales como abuelos, otros parientes o amigos. Si es necesario, puede adjuntar una hoja adicional.).

Columnas 2 & 3 Ingreso Bruto y cada cuánto es recibido:

El Ingreso Bruto es la cantidad ganada antes de restar impuestos y otras deducciones. Esa suma se encuentra generalmente en el talón del cheque de pago. No es lo mismo que el dinero que se lleva a la casa. Escriba la cantidad que cada persona recibe de estas fuentes de ingreso. No incluyan los centavos. **Todas** las fuentes de ingreso deben ser anotadas en esta solicitud. Al lado de la cantidad, marque el cuadrado que indica la frecuencia con que la persona recibe el ingreso (semanalmente, cada dos semanas, dos veces por mes, mensualmente o anualmente).

Avance a Sección 5: Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de Medicaid (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque el cuadrado y firme.

Sección 6: Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud.

Sección 7: Marque los cuadrillos que corresponda a su identidad racial y étnica.

SCHOOL USE ONLY

Initial Determination: ELIGIBLE (Free or Reduced) INELIGIBLE (Denied, N/A or ?)

CONFIRMATION (Only for those applications selected for verification)

Signature of Confirming Official (Required)

Date