Solicite en línea en [**[Insert**](http://www.abcdefgh.edu/) **Webpage]**

**[Insert District Name] 2017-2018 Encuesta de datos económicos familiaresa**

Llene una solicitud por hogar. Por favor use bolígrafo (no lápiz).

Inicial

Niño de Head

Acogida Start Fugitivo Sin Hogar Inmigrante

Fecha de nacimiento

M M D D A A

**PASO 1**

**Mencione a todos los estudiantes que asisten [Insert District Name] (si necesita más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja)**

Grado

No ingresos

Apellido del estudiante

Nombre del estudiante

Marque todas las que apliquen. Lea **Cómo solicitar comida escolar gratuita y de precio reducido** para más información.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**PASO 2 Si los miembros del hogar (inclúyase a sí mismo) participan actualmente en uno de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF o FDPIR anote el número de caso a continuación.**

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF/Colorado Works – Asistencia Básica en Efectivo o Asistencia Alternativa Estatal), o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR). **Provea el número de caso y vaya al Paso 4.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Número de caso FDPIR

Número de caso SNAP

Número de caso TANF

**PASO 3 Informe el ingreso de TODOS los miembros del hogar (Omita este paso si proporcionó un número de caso en el PASO 2)**

¿Con qué frecuencia?

Fecha de hoy

**FIRMA** del miembro adulto del hogar

Código postal

CO

Ciudad

*“Certifico (doy mi palabra) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos fueron informados. Entiendo que esta información es proporcionada en relación con la recepción de fondos estatales, y que los oficiales de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que, si doy falsa información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida, y yo podría ser procesado criminalmente conforme a las leyes estatales y federales”.*

**Total de miembros del hogar** (estudiantes y adultos)

**PASO 4 Información de contacto y firma del adulto. Envíe la solicitud firmada y completa a: [Insert School/District Mailing Address]**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Semanal | Cada 2 Semanas | 2x Mes | Mensual | Anual |
|  | | | | |

**$**

**$**

**$**

**$**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Semanal | Cada 2 semanas | 2x Mes | Mensual | Anual |
|  | | | | |

**$**

**$**

**$**

**$**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Semanal | Cada 2 Semanas | 2x Mes | Mensual | Anual |
|  | | | | |

**$**

**$**

**$**

**$**

Ingresos del trabajo

**Nombre de otros miembros del hogar** (Nombre y apellido)

Asistencia pública/ Manutención de hijos/Manutención de cónyuge

Ingreso del estudiante

$

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Semanal | Cada 2 Semanas | 2x Mes | Mensual | Anual |
|  | | | | | |

1. **Ingresos del estudiante**

Por favor incluya el ingreso **TOTAL**, si alguno, recibido por los estudiantes mencionados antes.

1. **Todos los demás miembros del hogar (inclúyase a sí mismo)**

Escriba los nombres de todos los miembros del hogar que no mencionó en el Paso 1 (inclúyase a sí mismo) aun si no reciben ingresos. Por cada miembro del hogar mencionado, solo si reciben ingresos, informe el **TOTAL BRUTO (ANTES DE IMPUESTOS Y DEDUCCIONES)** por cada fuente redondeando los dólares (no centavos). Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba ‘0’. Si escribe ‘0’ o deja cualquier espacio en blanco, usted certifica que no tiene que informar ingresos.

¿Con qué frecuencia?

¿Con qué frecuencia?

¿Con qué frecuencia?

Pensiones/Jubilación/

cualquier otro ingreso

**Marque si no tiene SSN**

**XXX-XX**

Últimos números del Seguro Social (SSN) del adulto que firma

o marque ‘NO SSN’ **SOLO si completó el Paso 3B.**

# Apt o # Lote

Dirección de correo electrónico

Dirección postal o PO Box

Nombre y apellido de la persona que firma en letra de imprenta

Teléfono

**PASO 5 Divulgación de información**

La información proporcionada en esta solicitud será usada en conjunto con los programas educativos del estado y podría ser compartida con las oficinas de Medicaid o el Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (SCHIP) para inscribir a los niños en los programas mencionados. Además, si sus estudiantes califican para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, está información puede ser compartida con la escuela/distrito con el propósito de eximir del pago de ciertos costos del programa de la escuela/distrito que su hijo(a) podría estar obligado a pagar. No se le permite a la escuela/distrito compartir su información con nadie más. Usted no está obligado a consentir a la divulgación de su información; esto no afectará el cumplimiento de su estudiante con los requisitos para recibir comidas escolares. *Su información* ***SERÁ*** *compartida a menos que usted marque una de las casillas a continuación*

Medicaid/SCHIP

List Specific Program

**NO** compartan mi información con ninguno de los programas

No compartan mi información con los programas que marqué:

List Specific Program

List Specific Program

List Specific Program

|  |  |
| --- | --- |
| NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA. SOLO PARA USO DEL DISTRITO | |
| **Annual Income Conversion: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; 2 Times per Month x 24; Monthly x 12** | |
| Application Type:   Total Household Income: $ Household Size:\_  Household Income Frequency -  Weekly  Bi-Weekly  2x/Month Monthly Annually  Categorical Eligibility - SNAP FDPIR TANF Foster  Homeless/Migrant/Runaway/Head Start | Application Status:  Approved - Free Reduced  Denied - Over Income Guidelines Incomplete/Missing: Notes: |
| Determining Official Signature: Approval/Denial Date: Notification Sent: | |