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

**[Insert District Name] 2023-2024 Encuesta de datos económicos familiaresa**

Llene una encuesta 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 **Encuesta de datos económicos familiaresa** 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 encuesta es verdadera y que todos los ingresos fueron informados. Entiendo que esta información es proporcionada en relación con la recepción de fondos federales, 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

 # 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 encuesta se usará en conjunto con los programas de educación del Estado y podría compartirse con Medicaid o el Programa Estatal de Seguros Médicos para Niños (State Children’s Health Insurance Program, SCHIP) para lograr la inscripción de niños en dichos programas. Además, si sus estudiantes cumplen con los requisitos, esta información podría compartirse con la escuela o distrito con el propósito de evitar el pago de algunas tasas de programas de la escuela o distrito que, de lo contrario, su hijo o hijos tendrían que pagar. La escuela o distrito tiene prohibido compartir esta información con otras personas. No se requiere de su consentimiento para la divulgación de su información; esto no afectará la elegibilidad de su estudiante(s) para las comidas escolares. Su información SERÁ compartida a menos de que marque una de las siguientes casillas.

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** |
| Survey 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 | Survey Status:Approved - Free ReducedDenied - Over Income Guidelines Incomplete/Missing: Notes:  |
| Determining Official Signature: Approval/Denial Date: Notification Sent: |