

INFORME DE INFORMACIÓN DEL HOGAR PARA EL AÑO ESCOLAR 20__-20__

Distrito: _____ Escuela: _____

Para determinar la elegibilidad para varias prestaciones de programas estatales y federales adicionales a los que su escuela puede tener derecho, por favor complete, firme y devuelva este informe a **(insert name of school)**.

Estos apartados deben ser completados por el jefe de familia o la persona designada.

PARTE A: INFORMACIÓN DEL ALUMNO - Completar para cada alumno de Pre-K a 12º grado

| Apellido del alumno | Nombre del alumno | Grado | Escuela | Identifique H si no tiene hogar M si es migrante R si se ha escapado F si es un niño 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: PRESTACIONES RECIBIDAS-Si algún miembro de 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 las prestaciones. 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 - Introduzca el número total de personas que viven en su hogar, incluidos todos los adultos y niños→ _____

PARTE D: INGRESOS MENSUALES TOTALES DEL HOGAR - Indique los ingresos de todos los miembros del hogar, excluyendo a los niños de acogida. Si usted ha proporcionado un número de caso anteriormente, no necesita llenar esta sección. Firme e incluya la fecha en el formulario.

| Tipo de ingreso | Ingresos | Haga un círculo |
|--|----------|-----------------|
| 1. Ingresos brutos mensuales: Sueldos, salarios, comisiones | \$ | Ninguno |
| 2. Pagos mensuales de asistencia social, manutención de los hijos, 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: FIRMA - Certifico (prometo) que toda la información en este informe es verdadera y que se reportaron todos los ingresos. Entiendo que la escuela obtendrá fondos federales/estatales en base a la información que proporciono. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información.

(Firma) _____ (Aclaración) _____ (Fecha) _____

(Dirección) _____ (Ciudad) _____ (Código postal) _____

(Teléfono) _____ (Teléfono del trabajo) _____ (Correo electrónico) _____

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR

INFORME DE INFORMACIÓN DEL HOGAR

Este informe se utiliza para determinar el derecho a las prestaciones estatales a las que puede calificar la escuela de su(s) hijo(s). Por favor, complete, firme y devuelva este formulario a la escuela de su hijo.

Si algún miembro de 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 de los alumnos - Para cada alumno en el hogar, desde el preescolar 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 de acogida.

Parte B: Prestaciones recibidas: Si algún miembro del 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 el número total de personas que viven en su hogar. Debe incluir a todos los niños 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 algún miembro de su hogar no 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 de los alumnos - Para cada alumno en el hogar, desde el preescolar 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 de acogida.

Parte B: Prestaciones recibidas: Omita esta parte.

Parte C: Tamaño de la familia - Introduzca el número total de personas que viven en su hogar. Debe incluir a todos los niños 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 los miembros del hogar para cada tipo de ingreso que corresponda. La cantidad debe ser antes de cualquier deducción por impuestos, seguros, gastos médicos, manutención de los hijos, 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.

NO complete esta sección. Esta sección es para uso de la escuela solamente.

Estado: F _____ R _____ N _____ Firma del funcionario actuante: _____ Fecha: _____