

Distrito: _____ Escuela: _____

[illegible]

Tipo de ingreso	Ingresos	Haga un círculo si no tiene
1. Ingresos brutos mensuales: Sueldos, salarios, comisiones	\$	Ninguno
2. Pagos mensuales de asistencia social, manutención infantil, 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 (suma las líneas 1-6)	\$	

(Firma)	(Aclaración)	(Fecha)
(Dirección)	(Ciudad)	(Código postal)
(Correo electrónico)	(Teléfono fijo)	(Teléfono del trabajo)

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

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE BENEFICIOS EDUCATIVOS

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

Si alguna persona en 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 del estudiante- Para cada estudiante en el hogar, desde pre-K 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/a de acogida.

Parte B: Prestaciones recibidas: Si alguna persona en el 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 la cantidad total de personas que viven en su hogar. Debe incluir a todos los niños/as 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 ninguna persona en 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 del estudiante- Para cada estudiante en el hogar, desde pre-K 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/a de acogida.

Parte B: Prestaciones recibidas: Omita esta parte.

Parte C: Tamaño de la familia - Introduzca la cantidad total de personas que viven en su hogar. Debe incluir a todos los niños/as 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 todas las personas en el hogar para cada tipo de ingreso que corresponda. El monto debe ser anterior a cualquier deducción por impuestos, seguros, gastos médicos, manutención de hijos/as, 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.