



# Formularios de información de ingresos familiares 2024 - 2025



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 **30 de octubre de 2024**.

**Schools** — Please enter into ODA by **November 20, 2024**.

Por favor escriba en letra de molde:

NOMBRE DE ESCUELA

¿TIENE SU FAMILIA SERVICIOS DE INTERNET SU DOMICILIO?      **SÍ**      **NO**

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

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

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

¿HIJO DE CRIANZA?	¿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(s)	Nombre	Inicial del segundo nombre		

**PARTE 3: Estudiante sin hogar, emigrante, fugitivo o 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.)*

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

**Frecuencia:** semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes, mensualmente, anualmente

**OTROS INGRESOS** Pueden ser, pero no se limitan a, fondos de bienestar social, manutención de menores, jubilación, Seguro Social, compensación al trabajador o desempleo.

NOMBRES DE MIEMBROS DEL HOGAR CON INGRESOS	INGRESOS BRUTOS (antes de deducciones)	Frecuencia				TODOS OTROS INGRESOS
		Semanalmente	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Mensualmente	
Nombre      Inicial      Apellido(s)						
	\$				\$	
	\$				\$	
	\$				\$	
	\$				\$	
	\$				\$	

**PARTE 5: Seleccione para obtener información sobre otros beneficios.**

¡SÍ! Me interesa aplicar por la exoneración del pago de enseñanza.

¡SÍ! Me interesa aplicar para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y/o Medicaid. O llame al 773-553-5437

¡SÍ! Este estudiante tiene un padre que es veterano o miembro activo de las fuerzas armadas. Los estudiantes con un padre que sea veterano o miembro de las fuerzas armadas pueden calificar para una exención de cuota.

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 que intencionalmente brindar información falsa podría resultar en mi enjuiciamiento.. Permiso que el distrito comparta el estatus de elegibilidad para recibir beneficios basados en el estatus de elegibilidad.

Firma del miembro adulto del hogar

Nombre del adulto del hogar

Apellido(s) del adulto del hogar

Dirección postal o de domicilio

Código postal

Fecha

*Este formulario debe ser firmado a mano. Una firma electrónica no es aceptable.*



# Formularios de información de ingresos familiares 2024 - 2025



## PARTE 7: Identidades raciales y étnicas de los estudiantes (opcional)

<b>MARQUE UNA:</b>	<b>MARQUE UNA O MÁS:</b>		
Hispano/Latino	Asiático	Negro o Afroamericano	Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico
No hispano/Latino	Blanco	Nativoamericano 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 la fecha de nacimiento de cada estudiante. 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 la 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 la casilla y firme.

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

**Sección 7:** Marque las casillas que correspondan a su identidad racial y étnica.

### SI ESTÁ APLICANDO DE PARTE DE UN ESTUDIANTE SIN HOGAR, EMIGRANTE, FUGITIVO O EN EL PROGRAMA HEAD START, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

**Sección 1:** Escriba el nombre de cada persona en su hogar y la fecha de nacimiento de cada estudiante.

**Avance a Sección 3:** Marque la casilla que corresponda y obtenga la fecha y firma del coordinador escolar de estudiantes 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 la casilla y firme.

**Sección 7:** Marque las casillas que correspondan a su identidad racial y étnica.

### SI ESTÁ 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 la casilla "Hijo de Crianza" al lado del nombre de sus hijos 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 la casilla 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 la casilla "Hijo de Crianza" al lado del nombre de sus hijos de crianza.

**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 la casilla y firme.

**Sección 6:** Firme el formulario.

**Sección 7:** Marque las casillas que correspondan a su identidad racial y étnica.

### TODOS LOS DEMÁS HOGARES, SIGAN LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

**Sección 1:** Escriba el nombre de cada persona en su hogar y la fecha de nacimiento de cada estudiante. 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 el nombre y los apellidos de cada persona que vive en su hogar que reciba 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 la casilla que indique la frecuencia con que la persona recibe el ingreso (semanalmente, cada dos semanas, dos veces por mes, mensualmente o anualmente).

**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 la casilla y firme.

**Sección 6:** Firme el formulario.

**Sección 7:** Marque las casillas que correspondan 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