

CUESTIONARIO DESVENTAJA ECONÓMICA

PARTE 1: TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR			
Nombres de todos los miembros del hogar (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Nombre de la escuela de cada niño, o anotar "NA" si no asiste a la escuela	Marcar si es un hijo de crianza (bajo tutela legal de una agencia de beneficencia o el tribunal)	Marque si no hay ingresos
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTE 2: BENEFICIOS

Si cualquier miembro de su unidad familiar recibe beneficios de los programas **[State SNAP], [FDPIR] o [State TANF, Asistencia en Efectivo]**, proporcione el nombre y el número de caso de la persona que recibe los beneficios y **pase a la parte 4.** (si nadie recibe estos beneficios, pase a la parte 3.)

NOMBRE: _____ NÚMERO DE CASO: _____

PARTE 3: INGRESOS BRUTOS DEL HOGAR. USTED DEBE DECIRNOS CUÁNTO Y CON QUÉ FRECUENCIA.

1. Nombre (Lista sólo los miembros del hogar con ingresos)	2. Los ingresos brutos y la frecuencia con que se recibió			
	Ganancias del trabajo antes de deducciones	Bienestar, manutención, pensión alimenticia	Pensiones, jubilación, Seguro Social, SSI, beneficios de VA	Otros Ingresos
(Ejemplo) Jane Smith	\$199.99/semanal	\$149.99/cada dos semanas	\$99.99/mensual	\$50.00/mensual
	\$ ___/_____	\$ ___/_____	\$ ___/_____	\$ ___/_____
	\$ ___/_____	\$ ___/_____	\$ ___/_____	\$ ___/_____
	\$ ___/_____	\$ ___/_____	\$ ___/_____	\$ ___/_____
	\$ ___/_____	\$ ___/_____	\$ ___/_____	\$ ___/_____
	\$ ___/_____	\$ ___/_____	\$ ___/_____	\$ ___/_____

PARTE 4: FIRMA Y VERIFICACIÓN

Un miembro adulto de la familia deberá firmar la solicitud.

Certifico (prometo) que toda la información que indiqué en esta solicitud es verdadera y que declararé todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos estatales y federales con base en la información que yo declare. Entiendo que los funcionarios escolares pueden verificar (chequear) la información. Entiendo que si doy información falsa a propósito, mis hijos podrían perder sus beneficios de comida y a mí se me podría procesar judicialmente.

Firmar aquí: _____ Nombre de impresión: _____

Fecha: _____

No llene esta parte. Esto es sólo para uso escolar.

Classified Economically Disadvantaged (Code 99): YES NO

Reason: _____

Program Coordinator's Signature: _____ Date: _____

PEIMS/Data Clerk's Signature: _____ Date: _____