

Hope Online Learning Academy Co-Op 2018-2019 Encuesta de datos económicos familiares

Solicite en línea en myschoolapps.com

Llene una encuesta por hogar. Por favor use bolígrafo (no lápiz).

PASO 1 Mencione a todos los estudiantes que asisten Hope Online Learning Academy Co-Op (si necesita más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja)

Nombre del estudiante	Inicial	Apellido del estudiante	No ingresos	Fecha de nacimiento					Grado	Niño de Head Start Fugitivo Sin Hogar Inmigrante								
				M	M	D	D	A		A	Acogida	Start	Fugitivo	Sin Hogar	Inmigrante			

Marque todas las que apliquen. Lea Encuesta de datos económicos familiares 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

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). **Proporcione el número de caso y vaya al Paso 4.**

Número de caso SNAP	Número de caso TANF	Número de caso FDPIR

PASO 3 Informe el ingreso de TODOS los miembros del hogar (Omita este paso si proporcionó un número de caso en el PASO 2)

A. Ingresos del estudiante
Por favor incluya el ingreso **TOTAL**, si alguno, recibido por los estudiantes mencionados antes.

B. 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.

Nombre de otros miembros del hogar (Nombre y apellido)	Ingresos del trabajo	¿Con qué frecuencia?					Asistencia pública/ Manutención de hijos/Manutención de cónyuge	¿Con qué frecuencia?					Pensiones/Jubilación/ cualquier otro ingreso	¿Con qué frecuencia?										
		Semanal	Cada 2 Semanas	2x Mes	Mensual	Anual		Semanal	Cada 2 Semanas	2x Mes	Mensual	Anual		Semanal	Cada 2 Semanas	2x Mes	Mensual	Anual						
	\$						\$						\$						\$					
	\$						\$						\$						\$					
	\$						\$						\$						\$					
	\$						\$						\$						\$					

Total de miembros del hogar (estudiantes y adultos)

Últimos números del Seguro Social (SSN) del adulto que firma o marque 'NO SSN' **SOLO si completó el Paso 3B.** **XXX-XX**

Marque si no tiene SSN

PASO 4 Información de contacto y firma del adulto. Envíe la solicitud firmada y completa a: **Insert School/District Mailing Address**

"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".

Dirección postal o PO Box	# Apt o # Lote	Ciudad	CO	Código postal	Dirección de correo electrónico

Teléfono FIRMA del miembro adulto del hogar Nombre y apellido de la persona que firma en letra de imprenta Fecha de hoy

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.

NO compartan mi información con ninguno de los programas

No compartan mi información con los programas que marqué:

Medicaid/SCHIP List Specific Program 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 Reduced

Denied - Over Income Guidelines Incomplete/Missing: _____

Notes: _____

Determining Official Signature:

Approval/Denial Date:

Notification Sent: