Jefferson County School District 2020-2021 Encuesta de datos económicos familiaresa

Community Partners 2020-2021

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

PASO 1 Mencione a todos los estudiantes que asisten Jefferson County School District (si necesita más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja)

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

Marque todas las que apliquen. Lea **Encuesta de datos económicos familiaresa** 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). **Provea 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.

Ingreso del estudiante $ ____ ¿Con qué frecuencia? Semanal / Cada 2 Semanas / 2x Mes / Mensual / Anual

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? Semanal / Cada 2 Semanas / 2x Mes / Mensual / Anual	Asistencia pública/ Manutención de hijos/Manutención de cónyuge	¿Con qué frecuencia? Semanal / Cada 2 Semanas / 2x Mes / Mensual / Anual	Pensiones/Jubilación/ cualquier otro ingreso	¿Con qué frecuencia? 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: Jefferson County School District, 1829 Denver West Drive, #27, Golden, CO 80401

"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:	