

Encuesta de información del hogar

uso de la escuela solamente
 Aprobado para:
 1 2

Para determinar la elegibilidad para varios beneficios adicionales del programa estatal y federal para los que su (s) hijo (s) pueden calificar, complete, firme y devuelva esta aplicación a las Escuelas Públicas de Hartford.

Estas secciones deben ser completadas por el jefe de familia o su designado.

PARTE A. TAMAÑO DE LA FAMILIA - Ingrese el número total de personas que viven en su hogar, incluidos todos los adultos y niños. →
 PARTE B. BENEFICIOS ACTUALES: complete a continuación si corresponde

Si algún miembro de su hogar recibe el Programa de Asistencia de Alimentos (FAP), el Programa de Independencia Familiar (FIP) o FDPIR, proporcione el nombre y el número de caso de la persona que recibe los beneficios. Los números de tarjetas puente y los números de Medicaid NO son números de casos ACEPTABLES. Nombre _____ Número de caso: _____

PART C. STUDENT INFORMATION – Complete for each student Pre-K through 12th Grade

Apellido	Nombre de pila	Fecha de nacimiento XX-XX-XXXX	La Escuela	Identificar H si no tiene hogar M si migrante R si es fugitivo F es Foster
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

Si necesita líneas adicionales, adjunte una segunda hoja a esta encuesta o adjunte una copia de esta encuesta claramente marcada como una página 2.

PARTE D. INGRESO MENSUAL TOTAL DEL HOGAR - Informe los ingresos de todos los miembros del hogar, excluyendo a los Hijos adoptivos. Si ha informado un número de caso anterior, no necesita completar esta sección. Simplemente firme y feche el formulario.

Tipo de ingreso	Ingreso	Circule si no hay ingresos
1. Ganancias mensuales brutas: salarios, salario, comisiones	\$	None
2. Pagos mensuales de bienestar, manutención de los hijos, pensión alimenticia	\$	None
3. Pagos Mensuales de Pensiones, Jubilación, Seguridad Social	\$	None
4. Dividendos mensuales o intereses sobre ahorros	\$	None
5. Compensación Mensual Mensual, Desempleo, Beneficios de Huelga	\$	None
6. Otros ingresos mensuales (SSI, VA, Discapacidad, Granja, Otro)	\$	None
Ingreso Total Mensual del Hogar (Agregue las líneas 1-6)	\$	

PARTE E. FIRMA - Si se completa la Sección de Ingresos, el adulto que firma el formulario también debe anotar los últimos cuatro (4) dígitos de su Número de Seguro Social o marcar la casilla "No tengo un Número de Seguro Social" a continuación.

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se informan todos los ingresos. Entiendo que el patrocinador obtendrá fondos federales / estatales en función de la información que proporcione. Entiendo que los funcionarios patrocinadores pueden verificar (verificar) la informac

Firme aquí: X _____ Nombre impreso: _____ Fecha: _____

últimos cuatro (4) digitos del número de Seguro Social para adultos XXX-XX- _____ No tengo Número de Seguro Social

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono de Casa	Teléfono de trabajo	Dirección de correo electrónico
------------------	---------------------	---------------------------------

Al proporcionar su dirección de correo electrónico, el distrito puede contactarlo por correo electrónico.