



Para las escuelas CEP – Field, Frost, Holmes, Kilmer, London, Tarkington, Twain y Whitman

Parte 1. Escriba el nombre de **TODOS** los miembros de la familia a continuación:

NOMBRE	APELLIDO	NOMBRE DE ESCUELA/GRADO (estudiantes solamente)	NÚMERO DE TANF/SNAP 10-13 números XX-XXX-XX-XXX(XXX)

Si necesita añadir más miembros de la familia, por favor, escriba los nombres en una hoja de papel separada.

Parte 2. Niño sin hogar, migratorio, fugado o acogido: ☐ Sin hogar ☐ Migratorio ☐ Fugado ☐ Acogido**Parte 3.** Ingreso bruto total de la familia (antes de deducciones). Tiene que decirnos cuánto y con qué frecuencia.

NOMBRES (ESCRIBA EL NOMBRE DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA CON INGRESOS)	Ingreso bruto y con qué frecuencia lo recibe <i>Ejemplo: \$100/mensuales; \$100/dos veces al mes; \$100/cada dos semanas; \$100 semanales</i>							
	Ingresos del trabajo (antes de deducciones)		Bienestar público, manutención infantil, manutención de excónyuge		Pensiones, jubilación, seguro social		Compensación por accidente laboral, desempleo, etc. (todos los demás ingresos)	
	\$ Cantidad	¿Con qué frecuencia?	\$ Cantidad	¿Con qué frecuencia?	\$ Cantidad	¿Con qué frecuencia?	\$ Cantidad	¿Con qué frecuencia?

Parte 4. Firma

_____	_____	_____
Fecha	Nombre de miembro de la familia adulto, en letra de molde	Firma de miembro de la familia adulto

Parte 5. Información de contacto

_____	_____	_____
Núm. de teléfono trabajo	Núm. de teléfono casa	Dirección residencial (número, calle, ciudad, código postal)

Declaración de la Ley de Privacidad: La Junta de Educación del Estado de Illinois está solicitando a las escuelas que recopilen la información en este formulario para ayudar a las escuelas a informar si los estudiantes califican para programas de beneficios estatales y federales. Usted no tiene que proporcionar esta información, pero si no lo hace, no podremos determinar si su hijo califica para beneficios adicionales de los programas estatales y federales. Mantendremos la privacidad y confidencialidad de la información que nos proporcione en la medida que lo exija la ley. Sin embargo, compartiremos su situación socioeconómica con varios programas estatales y federales para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, auditores para revisiones de programas y funcionarios del orden público para ayudarlos a investigar infracciones a las normas de los programas.

Declaración de no discriminación: Conforme a las leyes federales y la política del Departamento de Educación de EE. UU., esta institución tiene prohibida discriminar por motivo de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja de discriminación, escriba a U.S. Department of Education, Office for Civil Rights, The Wanamaker Building, 100 Penn Square East, Suite 515, Philadelphia, PA 19107-3323 o llame al (215) 656-8541 (voz). Las personas que tienen problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con U.S. DOE a través del Servicio de Relevos Federal al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (español). El Departamento de Educación de EE. UU. es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE - NO LLENE ESTA SECCIÓN [SCHOOL USE ONLY - DO NOT FILL OUT THIS PART]**INITIAL DETERMINATION** Annual Income Conversion: Weekly X 52 Every 2 Weeks X 26 Twice a Month X 24 Once a Month X 12**TOTAL INCOME \$** _____ **Per:** ☐ Week ☐ Every 2 Weeks ☐ Twice a Month ☐ Month ☐ Year **NUMBER IN HOUSEHOLD:** _____☐ **Fee Waiver Approved** ☐ **Fee Waiver Denied: - Reason:**☐ income too high☐ incomplete application

Signature of Determining Official: _____

Date: _____