

# DOUGLAS COUNTY SCHOOL DISTRICT 2019-2020 Encuesta de datos económicos familiares

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

## PASO 1 Mencione a todos los estudiantes que asisten Douglas 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					Grado	Marque todas las que apliquen. Lea Encuesta de datos económicos familiares para más información.	Niño de Head Start										
				M	M	D	D	A			A	Acogida	Start	Fugitivo	Sin Hogar	Inmigrante					

## PASO 2 Si los miembros del hogar (inclúyase a sí mismo) participan actualmente en uno de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF o FDIPIR 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 FDIPIR:

## 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
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**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
	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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: DCSD Nutrition Services, 2812 N SH St Building 6, Castle Rock, CO 80109

"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       Medicaid/SCHIP       Cuota escolar (deportes, transporte y tarifas de libros)

**OPCIONAL Identidad racial y étnica de los niños**

Tenemos que pedir información sobre la raza y etnia de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta el cumplimiento de su hijo con los requisitos para comida gratuita o de precio reducido.

Etnica (marque una):  Hispano o latino  Ni hispano ni latino

Raza (marque una o más):  Indio americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico  Blanco

<b>NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA. SOLO PARA USO DEL DISTRITO</b>		
<b>Annual Income Conversion: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; 2 Times per Month x 24; Monthly x 12</b>		
Survey Type: <input type="checkbox"/> Total Household Income: \$ _____ Household Size: _____ Household Income Frequency - <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> 2x/Month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Annually	Survey Status: Approved - <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced Denied - <input type="checkbox"/> Over Income Guidelines <input type="checkbox"/> Incomplete/Missing: _____ Notes: _____	
<input type="checkbox"/> Categorical Eligibility - <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> FDPIR <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Foster <input type="checkbox"/> Homeless/Migrant/Runaway/Head Start		
Determining Official Signature: _____	Approval/Denial Date: _____	Notification Sent: _____