

Encuesta de Beneficios Educativos

2020-2021

Estimado padre, madre o tutor legal:

Las escuelas reciben algunos fondos federales o estatales (programas de asistencia para el aprendizaje, incentivos para docentes, etc.) basado en el número de niños por familia que se encuentran en o por debajo del nivel federal de pobreza. Esta Encuesta de Beneficios Educativos proporciona a la escuela de su hijo una manera de recopilar información sobre el ingreso familiar. Esta información se asegura de que la escuela de su hijo reciba la cantidad total de fondos federales y estatales y se asegura de que su hijo reciba los servicios a los que tiene derecho cuando no se recolectan las solicitudes para servicios gratuitos o a precios reducidos.

Es importante que complete esta encuesta. Por favor complete y devuelva este formulario a su escuela.

1. **Ingresos** se considera cualquier ingreso imponible que cada miembro de la familia recibe antes de impuestos. Esto incluye salarios, seguro social, pensión, desempleo, subsidios de asistencia social, pensión alimenticia, manutención conyugal y cualquier otro ingreso en efectivo. Si se incluye a un hijo de crianza como parte de la familia, también debe incluir el ingreso personal del hijo de crianza. No cuente los pagos por crianza como ingreso. **Por favor, indique los ingresos de los miembros de la familia a continuación:**

Apellido	Primero Nombre	Ingresos Brutos	Con qué frecuencia?

2. **LA FAMILIA** se define como todas las personas, incluyendo padres, hijos, abuelos y todas las personas relacionadas o no que viven en su casa y comparten los gastos diarios. **Por favor liste todos los miembros de la familia que NO están listados en sección 1.**

Apellido	Primero Nombre	Fecha de Nacimiento	Escuela	Grado

Encuesta de Beneficios Educativos

2020-2021

3. **FIRMA:** Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos estatales y federales basados en la información que doy. Entiendo que los funcionarios escolares pueden verificar esta información. Entiendo que podría ser procesado si doy deliberadamente información falsa. Entiendo que el estado de pobreza de mi hijo puede ser compartida con otros programas y agencias según sea permitido por la ley.

Firma: _____ Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

OSPI proporciona un acceso igualitario a todos los programas y servicios sin discriminación basada en sexo, raza, credo, religión, color, país de origen, edad, condición de veterano retirado con honores o militar, orientación sexual incluyendo la expresión o identidad de género, la presencia de una discapacidad sensorial, mental o física o el uso de un perro guía adiestrado o de un animal de servicio por parte de una persona con discapacidad. Las preguntas y quejas por una supuesta discriminación deben hacerse al Director de Igualdad y Derechos Civiles al (360) 725-6162/TTY: (360) 664-3631 o al P.O. Box 47200, Olympia, WA 98504-7200.