



Romoland School District
Encuesta Información sobre Hogares 2020-2021

APELLIDO DEL HOGAR: _____

ESCUELA: _____

Por favor complete, firme y entregue este formulario en la escuela de su hijo(a) POR FAVOR, UTILICE UNA PLUMA (NO UN LÁPIZ)

Parte A. Miembros del hogar - Llene la información para cada persona que viva en su hogar (**TODOS LOS adultos y niños**)
 Si necesita ayuda para determinar quién debe ser incluido como parte de su hogar, consulte las instrucciones en la segunda página.

Enumere a todos los que vivan en su hogar: Nombres (Apellido[s], Nombre[s])	Fecha de nacimiento XX-XX-XXXX	Nombre de la escuela a la que asiste el alumno (si corresponde)	Grado escolar	Información sobre el alumno (indique lo que corresponda)			
				Migrante	No tiene hogar	Bajo crianza	Head Start
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							

* Si en su hogar viven más de 9 personas, enumere a las personas adicionales en una hoja de papel aparte, y siga las instrucciones especiales en la Parte C.

Parte B. Beneficios recibidos (si corresponde)

1) Si alguien en el hogar recibe FDPIR, CalWORKs (TANF) o SNAP, marque las casillas correspondientes: FDPIR CalWORKs SNAP (antes llamado "cupones de alimentos")

2) Si marcó alguna casilla, escriba su número de caso y pase a la Parte D.

NÚMERO DE CASO: _____ **Escriba solo el número de caso en este espacio. (MediCal no aplica)**

Parte C. Tamaño del hogar e ingreso bruto (antes de deducciones). Si necesita ayuda para determinar su ingreso anual, consulte la página 2 de la encuesta.

- Hogares hasta con 8 personas: Marque la casilla a continuación que refleje el Rango de ingreso anual correspondiente al ingreso anual total en su hogar.
 - Si en su hogar viven más de 9 personas, NO marque un rango de ingresos, sino que siga las instrucciones especiales que aparecen debajo de las casillas 1 a 17.

Rangos anuales de ingresos del hogar*			
1. <input type="checkbox"/> \$0 - \$16,588	5. <input type="checkbox"/> \$28,237 - \$31,894	9. <input type="checkbox"/> \$40,183 - \$45,708	13. <input type="checkbox"/> \$56,786 - \$57,356
2. <input type="checkbox"/> \$16,589 - \$22,412	6. <input type="checkbox"/> \$31,895 - \$34,060	10. <input type="checkbox"/> \$45,709 - \$48,470	14. <input type="checkbox"/> \$57,357 - \$65,046
3. <input type="checkbox"/> \$22,413 - \$23,606	7. <input type="checkbox"/> \$34,061 - \$39,884	11. <input type="checkbox"/> \$48,471 - \$51,532	15. <input type="checkbox"/> \$65,047 - \$73,334
4. <input type="checkbox"/> \$23,607 - \$28,236	8. <input type="checkbox"/> \$39,885 - \$40,182	12. <input type="checkbox"/> \$51,533 - \$56,785	16. <input type="checkbox"/> \$73,335 - \$81,622
			17. <input type="checkbox"/> \$81,623 +

* **Instrucciones especiales para hogares donde vivan más de 9 personas:** NO marque las casillas anteriores. En lugar de ello, complete lo siguiente:

Tamaño del hogar (cantidad de personas): _____ Ingreso anual total: \$ _____

Parte D: Certificación - El cabeza de hogar o el adulto designado que completó este formulario debe completar esta sección de certificación.

Yo certifico (prometo) que toda la información contenida en este formulario es verídica y que se ha comunicado todo el ingreso según entiendo. Entiendo que este formulario puede afectar la cantidad de financiamiento estatal o federal asignado a mi distrito escolar local. Entiendo que la información que he proporcionado puede ser verificada.

Firme aquí: X _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Últimos cuatro (4) dígitos de su número de Seguro Social: XXX-XX-____ (podría usarse para verificar la precisión de la información provista)

Marque si no tiene número de seguro social

Dirección	Ciudad y Estado	Código postal
Teléfono de día	Teléfono del trabajo	Correo electrónico opcional)

NO LLENE ESTA SECCIÓN. ES PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA.

Verified as: Free Reduced Denied Homeless Foster Direct Cert Categorical

Reason for ineligibility: _____

Determining Official's Signature: _____

Date: _____

Confirming Official's Signature: _____

Date: _____

Distrito Escolar de Romoland - Servicios de Nutrición

Encuesta de Información sobre Hogares

Esta encuesta se utiliza para determinar la elegibilidad para recibir beneficios estatales para los que su(s) hijo(a)(s) podría(n) calificar.

Por favor complete, firme y entregue este formulario en la escuela de su hijo(a).

Parte A: ¿A quién debo incluir como parte de mi "Hogar"?

Se debe incluir usted mismo y todas las personas que vivan en su hogar, estén o no emparentadas (por ejemplo, hijos, abuelos, otros parientes y amigos), que compartan ingresos y gastos. Si vive con otras personas que sean económicamente independientes (no comparten su ingreso con usted ni con sus hijos, y pagan por una parte de los gastos), no las incluya.

Parte B: ¿Cuáles son los beneficios recibidos?

SNAP: Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (antes llamado cupones de alimentos)

CalWORKs (TANF): CalWORKs (TANF): Oportunidad de trabajo de California y responsabilidad con los niños/Asistencia Temporal para Familias Necesitadas

FDPIR: Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas

Parte C: ¿Qué se incluye en "Ingreso anual en el hogar"?

El Ingreso anual en el hogar incluye lo siguiente:

- **Ganancias brutas en el trabajo:** Indique su ingreso bruto, no el dinero que se lleva a casa. Ingreso bruto es la cantidad que gana antes de impuestos y otras deducciones. Esta información se encuentra en su talón de pago o, si no está seguro, su supervisor le puede proporcionar esta información. El ingreso neto solo debe reportarse si tiene un negocio propio, una granja o ingreso derivado de un alquiler.
- **Asistencia social, manutención infantil, pensión alimenticia:** Incluya la cantidad total que todas las personas de su hogar reciban de estas fuentes. No incluya pagos de SNAP o FDPIR.
- **Pensiones, jubilación, Seguro Social, ingreso de seguridad suplementario (SSI), beneficios de Veteranos (beneficios de VA) y beneficios por incapacidad:** Incluya la cantidad que todas las personas de su hogar reciban de estas fuentes.
- **Todos los demás ingresos:** Incluya el ingreso de todas las personas de su hogar: compensación a trabajadores, beneficios de desempleo o huelga, ingreso derivado de un alquiler, intereses y dividendos, contribuciones regulares recibidas de quienes no vivan en su hogar, y cualquier otro ingreso percibido. No incluya ingreso de WIC, beneficios educativos federales ni pagos por cuidado de crianza recibidos por miembros de su hogar.
- **Subsidios militares para vivienda y sueldo por combate:** Incluya subsidios para vivienda fuera de la base militar y subsidios para comida o ropa. No incluya la Iniciativa militar para vivienda privatizada ni el sueldo por combate.
- **Sueldo por horas extra:** Incluya el sueldo por horas extra SOLAMENTE si lo recibe periódicamente.

¿Cómo calculo el ingreso total en el hogar recibido de diversas fuentes y/o de manera semanal, quincenal, dos veces al mes o mensual?

- 1) Anulice el sueldo correspondiente a cada fuente de ingreso basándose en las definiciones anteriores para cada miembro del hogar.
 - a. Use la tabla a continuación para convertir su sueldo a una cantidad de Ingreso anual.

Frecuencia del pago	Cantidad de conversión a ingreso anual
Semanal	= 52 x ingreso bruto semanal (no el dinero que lleva a casa)
Quincenal (cada dos semanas)	= 26 x ingreso bruto quincenal (no el dinero que lleva a casa)
Dos veces al mes	= 24 x cantidad bruta recibida dos veces al mes (no el dinero que lleva a casa)
Mensual	= 12 x ingreso bruto mensual (no el dinero que lleva a casa)

2) Sume el sueldo anualizado de cada persona de su hogar y obtendrá el ingreso total anual en el hogar para la Parte C.

3) Si en su hogar viven 8 personas o menos, marque la casilla que muestre el rango de su ingreso total. Si en su hogar viven más de 8 personas, no marque ninguna casilla; en lugar de ello, anote cuántas personas viven en el hogar y el ingreso anual total de todas ellas en el espacio correspondiente. Si su ingreso fluctúa, incluya el sueldo o salario que reciba periódicamente. Por ejemplo, si normalmente gana \$1,000 al mes, pero el mes pasado faltó unos días al trabajo y ganó \$900, bájese en \$1,000 mensuales para indicar su ingreso anual. Si perdió su trabajo o le bajaron sus horas o sueldo, ingrese cero o su ingreso reducido actual.

Para obtener información o ayuda para completar este formulario, comuníquese con el Departamento de Servicios de Nutrición al (951) 926-9244, ext. 1262 o 1261, ubicación de la oficina 1680 Illinois Ave. Unidad # 7, Perris, CA 92570.