



Formularios de información de ingresos familiares 2025-2026



El propósito de este formulario de CPS es obtener información sobre los ingresos de las familias para determinar los fondos escolares. CPS y su escuela pueden recibir fondos adicionales basados en la cantidad de familias de bajos recursos matriculadas. Por favor complete este formulario y entréguelo a la oficina de la Escuela.

Padres — devuelvan este formulario a la escuela antes del **30 de octubre de 2025**.

Schools — Please enter into ODA by **November 20, 2025**.

Por favor escriba en letra de molde:

APELLIDO(S) DEL ESTUDIANTE	NOMBRE DEL ESTUDIANTE	SEGUNDO NOMBRE DEL ESTUDIANTE
NOMBRE DE LA ESCUELA	# DE ID DEL ESTUDIANTE	¿TIENE SU FAMILIA SERVICIOS DE INTERNET EN SU DOMICILIO? ☐ SÍ ☐ NO

PARTE 1: Información sobre el hogar — Escriba los nombres de todas las personas que viven en su hogar. <i>*Estudiante de Crianza (responsabilidad legal de la agencia de bienestar o la corte)</i>				PARTE 2: # de SNAP/TANF de cualquier miembro de su hogar (siga la parte 6)	
¿HIJO DE CRIANZA?	¿ESTUDIANTE DE CPS?	TODOS LOS NOMBRES DE MIEMBROS DEL HOGAR Apellido(s) Nombre Inicial del segundo nombre		FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE CASO DE DHS SNAP O TANF (ÚLTIMOS 9 DÍGITOS)

PARTE 3: Estudiante sin hogar, fugitivo o inscrito en el programa Head Start		
SIN HOGAR FUGITIVO HEAD START	Firma del intermediario del estudiante sin hogar, fugitivo o en Head Start	Fecha

PARTE 4: Nombres de los integrantes de su hogar que perciben ingresos (DEJE EN BLANCO si ha contestado la Sección 2 o 3 de esta solicitud.) Para cada uno, indique sus ingresos y cada cuánto los recibe. Frecuencia: semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes, mensualmente, anualmente				OTROS INGRESOS Pueden ser, pero no se limitan a, fondos de bienestar social, manutención de menores, jubilación, Seguro Social, compensación al trabajador o desempleo.			
NOMBRES DE MIEMBROS DEL HOGAR CON INGRESOS Nombre Inicial Apellido(s)			INGRESOS BRUTOS (antes de deducciones)	Semanalmente Cada dos semanas Dos veces al mes Mensualmente Anualmente	TODOS OTROS INGRESOS	Semanalmente Cada dos semanas Dos veces al mes Mensualmente Anualmente	
			\$		\$		
			\$		\$		
			\$		\$		
			\$		\$		
			\$		\$		

PARTE 5: Seleccione para obtener información sobre otros beneficios.	
☐ SI! Me interesa aplicar por la exoneración del pago de enseñanza. ☐ SI! Me interesa aplicar para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y/o Medicaid. O llame al 773-553-5437 ☐ SI! Este estudiante tiene un padre que es veterano o miembro activo de las fuerzas armadas. Los estudiantes con un padre que sea veterano o miembro de las fuerzas armadas pueden calificar para una exención de cuota.	Firma

PARTE 6 Firma: Certifico que toda la información indicada arriba es verdadera y que he reportado todos nuestros ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos del gobierno federal basado en la información en este formulario y que los funcionarios escolares puedan verificar la fidelidad de la información; y que intencionalmente brindar información falsa podría resultar en mi enjuiciamiento.. Permiso que el distrito comparta el estatus de elegibilidad para recibir beneficios basados en el estatus de elegibilidad.
--

Firma del miembro adulto del hogar	Nombre del adulto del hogar	Apellido(s) del adulto del hogar
Dirección postal o de domicilio	Código postal	Fecha

Este formulario debe ser firmado a mano. Una firma electrónica no es aceptable.