

ANGÉLICA INFANTE-GREEN
Commissioner

JAVIER MONTAÑEZ
Superintendent



Providence Public School District
Food Services
379 Washington Street
Providence, RI 02903
tel. 401.456.9311
fax 401.456.9314
www.providenceschools.org

3 de Septiembre 2024

Estimado Padre/Guardián,

Nos complace informarle que las Escuelas Públicas de Providence participarán en una opción disponible a las escuelas como parte del Programa Nacional de Almuerzo y Desayuno Escolar denominado Provisión para Comunidades Elegibles (CEP, por sus siglas en inglés) para el ciclo escolar 2024-2025.

Todos los estudiantes inscritos en nuestras escuelas son elegibles para recibir un desayuno y almuerzo saludable en la escuela SIN COSTO a los hogares todos los días durante el ciclo escolar 2024-2025.

Le pedimos que complete y firme la Encuesta de Ingreso en el Hogar (*Household Income Survey*), la cual es necesaria para propósitos administrativos, y no para determinar elegibilidad. Esta encuesta le permite a nuestras escuelas beneficiarse de varios programas suplementarios del Estado y Federales como Título I A, En Riesgo (31a), Título II A, E- Tarifa, etc. Esta encuesta es crítica para determinar la cantidad de dinero que nuestras escuelas reciben de una variedad de programas suplementarios. Le pedimos que por favor la complete y entregue lo más pronto posible.

Toda la información que se reciba de la encuesta será confidencial. Sin su ayuda, nuestras escuelas no pueden aprovechar al máximo los fondos estatales y federales disponibles.

Si tiene preguntas, favor de contactar la Oficina de Servicios de Alimentos al (401) 456-9311.

Atentamente,

Departamento Escolar de Providence

Año Escolar 2024-2025

Complete la encuesta a continuación, firme y envíela a la escuela de su niño.

PARTE I: ¿Qué niños viven en su hogar?

Escriba el nombre de los niños que asisten a la escuela (desde el jardín de infantes hasta el 12.º grado)			Nombre de la escuela	Grado escolar	¿Hijo adoptivo? Sí o No
Apellido	Segundo nombre	Nombre de pila			
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

PARTE II: ¿Cuántas personas viven en su hogar?

Encierre en un círculo la cantidad de personas que viven en su hogar: 1 2 3 4 5 6 7 8 Otro _____

PARTE III: ¿Alguna persona que vive en su hogar goza de los beneficios del programa SNAP o RI Works?

Si la respuesta es sí, complete debajo. Luego diríjase a la PARTE V.

¿Alguna persona que vive en su hogar goza de los beneficios del programa SNAP o RI Works?

Si la respuesta es sí, complete la siguiente información:

Su nombre: _____ y su número de caso: _____

PARTE IV: ¿Quién recibe ingresos en su hogar? (Si escribió un nombre y un número de caso arriba, saltee esta parte).

Ingreso familiar neto y frecuencia con la que se recibió:

Enumere a las personas que viven en su hogar	Monto cobrado por semana, si hubiera	Monto cobrado dos veces al mes, si hubiera	Monto cobrado cada quince días, si hubiera	Monto cobrado por mes, si hubiera	Monto cobrado una vez al año, si hubiera
1..	\$	\$	\$	\$	\$
2.	\$	\$	\$	\$	\$
3.	\$	\$	\$	\$	\$
4.	\$	\$	\$	\$	\$
5.	\$	\$	\$	\$	\$
Otros ingresos	\$	\$	\$	\$	\$

PARTE V: Firmas de adultos

Certifico que la información brindada es verdadera. He incluido todos los ingresos.

Fecha

Firma del miembro adulto del hogar

Su nombre en imprenta

Domicilio familiar (número, calle, ciudad, estado)

Número de teléfono o celular

1. ¿A quiénes debo contar como “integrantes del grupo familiar”?

- Inclúyase a usted mismo y a todas las personas que viven en su hogar y que comparten ingresos y gastos.
 - Estas personas podrían ser hijos, hijos adoptivos, abuelos, otros parientes o amigos que vivan con usted.

2. ¿Qué se cuenta en el “ingreso familiar total”?

- **Ingresos laborales brutos:**
 - El ingreso bruto es el monto de dinero que gana **antes** de descontar los impuestos y otras deducciones de su salario. No es su salario “de bolsillo”.
 - Las ganancias brutas son las que normalmente figuran en su recibo de salario.
 - Se debe informar el ingreso neto sólo de los negocios propios, las granjas o el ingreso por alquileres.
- **RI Works, pensión para hijos menores, cuota alimentaria**
- **Pensiones, jubilación, seguridad social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), subsidios para veteranos (subsidios del VA) y subsidios por discapacidad**
- **Concesiones para militares para costear viviendas y paga por combate:**
 - Incluya las concesiones para viviendas particulares.
- **Otros ingresos:**
 - Indemnización por accidente laboral
 - Indemnización por desempleo o por huelga
 - Contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar
 - Cualquier otro tipo de ingreso que reciba
- **No incluya los ingresos provenientes de:**
 - WIC
 - Subsidios federales para educación
 - Pagos por acogida temporal recibidos en su hogar
 - Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares o paga por combate

Salario por horas adicionales: Incluya el salario por horas adicionales SOLAMENTE si lo recibe regularmente.

¿Ha perdido su empleo recientemente? Escriba cero para el ingreso.

3. ¿Cómo enumero los ingresos si algunas personas cobran semanalmente, dos veces al mes, cada quince días, mensualmente o una vez al año?

A continuación encontrará algunos ejemplos de cómo enumerar los ingresos en el frente de esta encuesta:					
Enumere a las personas que viven en su hogar que perciben un ingreso:	Monto, su hubiera, cobrado <u>por semana</u>	Monto, si hubiera, cobrado <u>dos veces al mes</u>	Monto, si hubiera, cobrado <u>cada quince días</u>	Monto, si hubiera, cobrado <u>por mes</u>	Monto, si hubiera, cobrado <u>una vez al año</u>
1. Mary Bazil	Si Mary gana \$175 por semana, escríbalo aquí.		Si Mary gana \$20 cada quince días, escríbalo aquí.	Si Mary recibe \$100 por mes en concepto de pensión para hijos menores, escríbalo aquí.	
2. David Waters		Si David gana \$233 dos veces por mes, escríbalo aquí.		Si David recibe \$75 por mes en concepto de SSI, escríbalo aquí.	

SOLO PARA USO ESCOLAR

Conversión del ingreso anual: Semanal x 52 Cada quince días x 26 Dos veces al mes x 24 Mensual x 12

Ingreso total \$: _____: <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada quince días <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año Integrantes del grupo familiar: _____	Hasta el 100 % del FPG por: <input type="checkbox"/> Persona sin hogar <input type="checkbox"/> Emigrante <input type="checkbox"/> Fugado <input type="checkbox"/> ingreso <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> SNAP o RI Works <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo <input type="checkbox"/> Ingreso familiar	Entre el 100 % y el 185 % del FPG por: <input type="checkbox"/> Ingreso familiar	Más del 185 % del FPG por: <input type="checkbox"/> Ingreso familiar
--	---	--	--

Firma del oficial decisorio _____ Fecha _____

La información proporcionada en este formulario es un registro educativo confidencial y, por ende, está protegida por todas las leyes de privacidad federales y estatales relevantes que atañen a los registros educativos, que incluyen, entre otras, la Ley Sobre los Derechos de la Familia en Materia de Educación y Privacidad (FERPA) de 1974, con sus enmiendas (20 U.S.C. § 1232g; 34 CFR Parte 99).