

NOMBRE DE LA ESCUELA _____

FECHA _____

**ARQUIDIÓCESIS DE GALVESTON - HOUSTON
PLANILLA ANUAL DE ELEGIBILIDAD ECONÓMICA
2009 - 2010**

FAVOR DE DEVOLVER EN UN SOBRE CERRADO AL DIRECTOR/A DE LA ESCUELA

Favor de llenar y devolver esta encuesta. Para que la encuesta sea considerada una medida válida debe ser devuelta al principal inclusive si sus ingresos no aplican al criterio. El propósito de esta encuesta es para coleccionar información que será usada para determinar la cantidad de fondos que hay en los distritos de escuelas públicas para proveer servicios de Título I a estudiantes elegibles en su escuela. Encuentre cuantos miembros son en su familia y mire el nivel de su ingreso anual en la caja que está abajo. La cantidad de miembros en su familia puede incluir hijos de crianza, hijos que se han ido de la casa, o hijos que necesitan educación especial aunque sean mayores de 18 años. Si le pagan cada semana o cada mes, por favor multiplique la cantidad con el número de semanas o meses que trabajó para determinar su Ingreso Anual.

Tamaño de la Familia	Ingreso Anual	Ingreso Mensual	Ingreso Semanal
1	19,240	1,604	370
2	25,900	2,158	499
3	32,560	2,714	627
4	39,220	3,269	755
5	45,880	3,824	883
6	52,540	4,378	1,011
7	59,200	4,934	1,139
8	65,860	5,489	1,267
Por cada miembro adicional de la familia agregue:	6,660	555	129

<i>Ejemplo:</i>	<i>Tamaño de la familia</i>	<i>Ingreso Anual</i>
	4	\$39,220
	8	\$65,860

Favor de marcar su respuesta con un círculo

- | | |
|---|-------|
| 1. Si su ingreso anual es el mismo, o menor que la cantidad mostrada en la caja de arriba al lado del tamaño de su familia, favor de marcar SI con un círculo | SI |
| 2. ¿Es su familia elegible para recibir estampillas para alimentos? | SI NO |
| 3. ¿Recibe usted asistencia pública? Estampillas para alimentos, ó TANF (anteriormente AFDC) | SI NO |
| 4. ¿Es usted ó alguno de sus niños elegible para recibir ayuda bajo el programa de "Medicaid"? | SI NO |
| 5. ¿Está usted recibiendo una beca completa basada en la necesidad de su niño/niños? | SI NO |
| 6. ¿Recibe usted matrícula gratis ó rebajada para su niño? | SI NO |
| 7. ¿Vive su familia en casa de apartamentos ó está su casa en condiciones de vivienda pobres? | SI NO |
| 8. ¿Tiene usted problemas económicos especiales? Explique. _____ | SI NO |

APELLIDO DE LA FAMILIA (IMPRIMIR): _____

DIRECCIÓN: _____

DISTRITO ESCOLAR PÚBLICO EN EL QUE USTED RESIDE: _____

Lista los nombres de todos los niños que asisten a la escuela y que viven en su casa, incluyendo el nombre de la escuela y los grados:

NOMBRE DE SU NIÑO	NOMBRE DE LA ESCUELA	GRADO