

SCHOOL NAME

DATE

DIOCESE

**DIOCESE OF LAREDO
ANNUAL INCOME ELIGIBILITY PARENT SURVEY
Erate Funding Year 21
RETURN IN A SEALED ENVELOPE TO SCHOOL PRINCIPAL**

Please complete and return the survey below. In order for this survey to be considered a valid measure, **the survey must be returned to the principal even if your income does not meet any of the criteria.** The purpose of this survey is to collect data that will be used to determine the school's federal funding allocation. Use the chart below to find your family size. Family size may include a foster child, an emancipated youth or a special education student over age 18. *If you are paid on a weekly or monthly basis, please multiply that amount by the number of weeks or months actually worked each year to determine your "Annual Gross Income."*
PLEASE CIRCLE HOUSEHOLD SIZE IN TABLE BELOW:

Household Size	Annual	Month	Twice Per Month	Every Two Weeks	Week
1	\$ 21,978	\$ 1,832	\$916	\$ 846	\$423
2	29,637	2,470	1,235	1,140	570
3	37,296	3,108	1,554	1,435	718
4	44,955	3,747	1,874	1,730	865
5	52,614	4,385	2,193	2,024	1,012
6	65,875	5,023	2,512	2,319	1,160
7	67,951	5,663	2,832	2,614	1,307
8	75,647	6,304	3,152	2,910	1,455
For each additional family member, add:	+7,696	+642	+321	+296	+148

Example:	Family Size	Annual Income
	4	\$44,955
	8	\$75,647

Please circle your answer

- | | |
|---|--------|
| 1. If your family income is the <u>same</u> or <u>less</u> than the amount shown on the chart beside your family size, circle yes. If more than the amount shown, circle NO and move to the bottom portion. | YES NO |
| 2. Is your family eligible for food stamps? | YES NO |
| 3. Are you receiving public assistance? Food stamps, or TANF (formerly AFDC) | YES NO |
| 4. Are any of your children eligible for the "Medicaid" program? | YES NO |
| 5. Are you receiving full scholarship <u>based on need</u> for your child/children? | YES NO |
| 6. Are you receiving free or reduced tuition for your child/children? | YES NO |
| 7. Does your family live in a housing project or have poor housing conditions? | YES NO |
| 8. Do you have an unusual financial burden? If yes, please explain: (If necessary use back of page) | YES NO |

FAMILY NAME (PRINT): _____

FAMILY ADDRESS: _____

PUBLIC SCHOOL DISTRICT IN WHICH YOU RESIDE: _____

List the name of all school age children living in your home, including which school they attend and their grade level.

NAME OF CHILD	NAME OF SCHOOL	GRADE LEVEL

**DIÓCESIS DE LAREDO
PLANILLA ANUAL DE ELEGIBILIDAD ECONÓMICA
2018 – 2019**

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	\$22,311	\$1,860	\$430
2	30,044	2,504	578
3	37,777	3,149	727
4	45,510	3,793	878
5	53,243	4,437	1,024
6	60,976	5,082	1,173
7	68,709	5,725	1,322
8	76,442	6,371	1,471
Por cada miembro adicional de la familia agregue:	+7,437	+645	+149

<i>Ejemplo:</i>	<i>Tamaño de la familia</i>	<i>Ingreso Anual</i>
	4	\$45,510
	8	\$76,442

Favor de marcar su respuesta con un círculo

- 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 Sí con un círculo (*Si su ingresos son mas, proceda para la sección de abajo.) SÍ NO
- ¿Es su familia elegible para recibir estampillas para alimentos? SÍ NO
- ¿Recibe usted asistencia pública? Estampillas para alimentos, ó TANF (anteriormente AFDC) SÍ NO
- ¿Es usted ó alguno de sus niños elegible para recibir ayuda bajo el programa de "Medicaid"? SÍ NO
- ¿Está usted recibiendo una beca completa basada en la necesidad de su niño/niños? SÍ NO
- ¿Recibe usted matrícula gratis ó rebajada para su niño? SÍ NO
- ¿Vive su familia en casa de apartamentos ó está su casa en condiciones de vivienda pobres? SÍ NO
- ¿Tiene usted problemas económicos especiales? Explique. _____ SÍ NO

*APELLIDO DE LA FAMILIA (IMPRIMIR): _____

DIRECCIÓN: _____

DISTRITO ESCOLAR PÚBLICO EN EL QUE USTED RESIDE: _____

Liste 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