

Hope Academy of West Michigan  
 240 Brown Street  
 Grand Rapids, MI 49507  
 Phone: 616-301-3437

# Informacion de los Integrantes de la Familia

SCHOOL USE ONLY

Approved for:

1  2

La Academia de la Esperanza del Oeste de Michigan es participante de la Provision de Opcion de Elegibilidad de la Comunidad (CEO) la cual se encuentra bajo el Programa Nacional de Almuerzos. Bajo esta provision, todos los ninos en la escuela recibiran desayuno y almuerzo gratis, sin importar que se complete esta forma o no. Sin embargo esta forma determina que sus hijos podrian ser beneficiarios de otros programas estatales y federales, asi que por favor completela, firmela y regresela a la oficina de la escuela.

**Si algun miembro de su familia** recibe asistencia del programa de comidas (FAP),receives Food Assistance Program (FAP), programa de independencia familiar (FIP), or FDPIR, por favor provea el nombre y numero de caso de la persona que recibe el beneficio. El numero de las tarjetas BRGDGE y Medicaid no son aceptables como numeros de caso.

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de Caso: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Complete la encuesta y enviela de regreso a la escuela con su estudiante o enviela al correo que aparece arriba.

**Estas secciones debe completarlas la cabeza de la familia o la persona designada por la familia.**

**1. Tamano de la familia-** Indique el numero de personas que viven en su casa incluyendo todos los adultos y ninos \_\_\_\_\_

**2. Informacion de los Estudiantes-** Complete esta informacion por cada estudiante de su casa desde el grado Preescolar al grado 12.

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento XX-XX-XXXX	Escuela a la que asiste	Indique H - sin casa M - Inmigrante R - escapado F - de paso
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

Si necesita mas lineas, adicione otra hoja a esta encuesta o saque una copia de esta misma hoja y marquela como Pagina 2.

**3. Total de dinero que entra a la casa** –Reporte el dinero que entra a la casa por cade miembro excluyendo los ninos que pueda tener de paso. Si usted ha reportado un numero de caso en la parte de arriba no necesita llenar esta seccion. Simplemente firme y coloque la fecha.

Tipo de Entrada de Dinero	Cantidad	Marque No Dinero
1. Ganacias antes de taxes: Pagos, Salario, Comision	\$	None
2. Monthly Pagos del Gobierno (walfare), Manutencion de ninos, Pagos a esposa	\$	None
3. Pagos por pensiones, retiro, seguro social	\$	None
4. Ganacias de Intereses o ahorros	\$	None
5. Compensacion a empleados, desempleo, beneficios por paro de trabajadores	\$	None
6. Otro ingreso (SSI, VA, Disability, Farm, other)	\$	None
<b>Total Ingreso Mensual (Sume lineas 1 al 6)</b>	<b>\$</b>	

**4. Firma - Si la seccion de ingresos esta completa, la persona que firme debe tambien anotar los cuatro ultimos digitos del numer ode seguro social o marcar " no tengo numero de seguro social" en la parte de abajo.**

Certifico que toda la informacion en esta aplicacion es verdadera y que todos mis ingresos estan reportados. Entiendo que el patrocinador recibira fondos de acuerdo a la informacion que yo escriba. Entiendo que los oficiales del patrocinador pueden verificar esta informacion. Entiendo que si doy informacion falsa a proposito mi estudiante podria perder los beneficios y yo puedo ser perseguido por la ley.

Firme Aqui: X \_\_\_\_\_ Nombre en Imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Cuatro Ultimos Digitos del Seguro Social:** XXX-XX-\_\_\_\_\_  No tengo numero de seguro social

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_Codigo Postal \_\_\_\_\_

Telefono de Casa \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo \_\_\_\_\_ Direccion Electronica \_\_\_\_\_

AL proveer esta informacion usted sera contactado por el distrito via correo electronico.