

Princeton City Schools participará en la Disposición de Elegibilidad Comunitaria (CEP) bajo el Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP). Bajo esta opción, todos los niños en la escuela reciben un desayuno / almuerzo sin cargo, independientemente de si completan este formulario. Sin embargo, para determinar la elegibilidad para varios beneficios adicionales del programa estatal y federal para los que la escuela de su hijo puede calificar, complete, firme y devuelva esta solicitud al edificio de su escuela si sus ingresos están dentro o por debajo de las pautas enumeradas en la siguiente tabla.

PAUTAS DE INGRESOS – 185%

Las pautas entrarán en vigencia desde el 1 de julio de 2026 hasta el 30 de junio de 2027

Número de personas en el tamaño de la familia o del hogar	Anual	Mensual	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Semanal
1	\$29,526	2,461	1,231	1,136	568
2	\$40,034	3,337	1,669	1,540	770
3	\$50,542	4,212	2,106	1,944	972
4	\$61,050	5,088	2,544	2,349	1,175
5	\$71,558	5,964	2,982	2,753	1,1377
6	\$82,066	6,839	3,420	3,157	1,579
7	\$92,574	7,715	3,858	3,561	1781
8	\$103,082	8,591	4,296	3,965	1,983
Cada miembro adicional agrega	\$10,508	876	438	405	203

Si algún miembro de su hogar recibe beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) (anteriormente cupones de alimentos) u Ohio Works First (OWF), proporcione el nombre y el número de caso de 7 dígitos de la persona que recibe los beneficios y luego continúe con la Sección 4. Si nadie recibe estos beneficios, comience con la Sección 1.

Nombre: _____ Número de caso de 7 dígitos: _____

INSTRUCCIONES: Complete esta encuesta y regrese a la escuela de su hijo o envíela por correo a la siguiente dirección: Princeton City Schools Food Service Dept., 11786 Highway Dr., Cincinnati, Ohio 45241.

Las siguientes selecciones deben ser completadas por el Jefe de Hogar o Designado:

- TAMAÑO DE LA FAMILIA** - Indique el número total de personas que viven en su hogar, incluidos todos los adultos y niños:
- INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE** - Completa para cada estudiante Pre-K hasta el grado 12.

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento MM-DD-YY	Escuela	Identificar: H = Personas sin hogar M = Migrante R = Fugitivo F = Foster
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

Para líneas adicionales, adjunte una segunda hoja a esta encuesta o adjunte una copia de esta encuesta claramente marcada como Página 2.

- INGRESO MENSUAL TOTAL DEL HOGAR** – Informe los ingresos de todos los miembros del hogar, excluyendo a los niños de crianza. Si ha reportado un número de caso arriba, por favor no complete esta sección. Continúe con la sección 4.

Tipo de ingreso	Renta	Círculo si no hay ingresos
1. Ganancias brutas mensuales: sueldos, salarios, comisiones	\$	Ninguno
2. Pagos mensuales de asistencia social, manutención infantil, pensión alimenticia	\$	Ninguno
3. Pagos mensuales de pensiones, jubilación, seguridad social	\$	Ninguno
4. Dividendos mensuales o intereses sobre ahorros	\$	Ninguno
5. Compensación mensual del trabajador, desempleo, beneficio de huelga	\$	Ninguno
6. Otros ingresos mensuales (SSI, VA, discapacidad, granja, otros)	\$	Ninguno
Ingreso mensual total del hogar (agregue las líneas 1-6)	\$	

- FIRMA** - Si se completa la sección de ingresos, el adulto que firma el formulario también debe enumerar los últimos cuatro (4) dígitos de su número de Seguro Social o marcar la casilla "No tengo un número de Seguro Social" a continuación.

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos se reportan. Entiendo que la escuela será elegible para ciertos fondos federales y / o estatales según la información que proporcione. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (verificar) la información. Entiendo que si doy información falsa a propósito, mi hijo puede perder beneficios y puedo ser procesado.

Firme aquí: X _____ Nombre de impresión: _____
Fecha _____

Últimos cuatro (4) dígitos del número de Seguro Social: XXX-XX-__ No tengo un Número de Seguro Social

Dirección _____ Ciudad _____ Cremallera _____
Código _____

Teléfono residencial _____

Teléfono del trabajo _____

Dirección de correo electrónico _____

Al proporcionar su dirección de correo electrónico, el distrito puede contactarlo por correo electrónico.

For Internal Office Use Only:

Please circle one option.

QUALIFIES

DOES NOT QUALIFY

Estimado padre, madre o tutor:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, la información que proporcionó en la Encuesta de Ingresos del Hogar podría compartirse con otros programas para los cuales sus hijos podrían reunir los requisitos. Para los siguientes programas, necesitamos su permiso para compartir dicha información. El envío de este formulario no afectará la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas.

☐ ¡No! NO quiero que se comparta información de mi Encuesta de Ingresos del Hogar con ninguno de estos programas.

☐ ¡Sí! Quiero que las autoridades escolares compartan la información de mi Encuesta de Ingresos del Hogar para la Exención de Cuotas Escolares.

Si seleccionó “Sí” para alguna de las casillas anteriores, complete el formulario que aparece a continuación. Su información será compartida solamente con los programas que haya seleccionado.

Nombre de su hijo/a: _____ Escuela: _____

Nombre de su hijo/a: _____ Escuela: _____

Nombre de su hijo/a: _____ Escuela: _____

Firma del padre, la madre o el tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Dirección: _____

El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.