

Sierra Grande School Student Enrollment Form

Name of Household: _____

Grade Enrolling: _____

Student Information:

Last Name: _____ First Name: _____ Middle Name: _____

Gender: _____ Birth Date: _____

Birth Place: _____

Social Security Number: _____ US Citizen: Y:Yes _____ N:No _____ If No, Name of Country: _____

Contact Information:

Other Phone: _____

Pager: _____

Work Phone: _____

Email: _____

Cell Phone: _____

Secondary Email: _____

Preferred Language: English: _____ Spanish: _____

Other: _____

Primary Household:

Household Phone: _____

Mailing Address: _____

Physical Address: _____ Mailing Address: _____

Parent Name: _____ Father / Guardian / Stepparent Cell: _____

Parent Name: _____ Mother / Guardian / Stepparent Cell: _____

Parent email: _____ Parent email: _____

Non-Household Relationships:

Household Phone: _____ or _____

Physical Address: _____ Mailing Address: _____

_____ Mailing Address: _____

Name: _____ Relationship: _____ Cell: _____

Name: _____ Relationship: _____ Cell: _____

email: _____ email: _____

Emergency Contact Information:

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Demographic Information:

Federal Race/Ethnicity Designation:

Race(s): All that apply American Indian or Alaska Native / Asian / White / Black or African American / Native Hawaiian / Pacific Islander

Hispanic/Latino: Y:Yes _____ N: No _____

Office Determination: _____ Other: _____

Race/Ethnicity Determination: Parent Identified _____ Self-Identified: _____ Office Determination: _____ Other: _____

Migrant: Y:Yes _____ N:No _____ IEP: Y:Yes _____ N: No _____ Residency In-District: Y:Yes _____ N:No _____

Homeless: Y:Yes _____ N:No _____ 504: Y:Yes _____ N: No _____ Gifted & Talented: Y:Yes _____ N:No _____

Siblings: _____ Grade: _____

Siblings: _____ Grade: _____

Siblings: _____ Grade: _____

Name of Previous School: _____

Phone Number: _____ Fax: _____

City: _____ State: _____

~~ Office Use Only Below this Line ~~

Date Entered: _____ Entered By: _____

Information Complete: Y:Yes _____ N:No: _____ Notes: _____

Student Number: _____ Student State ID: _____

Person GUID: _____

Immunization Record Received: Y:Yes _____ N:No _____ E: Exempt _____ Notes: _____

Residency In District Confirmed: Y:Yes _____ N:No _____ Bus # _____ Driver: _____

2020-2021
Field Trip Permission Form
for
Sierra Grande School District

2020-2021
Sierra Grande School District
Explanation to Parents:
Media ReleaseForm

El Distrito de Sierra Grande

2020-2021

Field Trips
Viajes Escolares

My child has permission to go by bus to attend any event sponsored by the school district during the 2019-2020 school year. I understand that I will be given prior notice for any field trip that will be taken.

Mi hijo(a) tiene mi permiso para asistir a cualquier evento escolar del Distrito del durante el año escolar 2020-2021. Yo entiendo que me haran saber antes de tiempo que va a ocurrir tal excepción.

Student (Alumno/a)

Parent Signature (Firma del Padre o Tutor)

SIERRA GRANDE escuela MEDIA versión forma

Hay varias veces durante el año escolar cuando el personal de la escuela pedirá permiso para fotografiar o entrevistar muchos de nuestros estudiantes. Esto es un permiso positivo formulario de permiso. Si están dispuestos a tener su estudiante fotografiado, tienen dos opciones; puede firmar el formulario y el estudiante puede volver el formulario en la clase de tiempo libre con el maestro. Se puede también indicar su permiso simplemente haciendo nada. Si no quiere que su niño/a le tomen foto debe firmar el formulario y indicar su elección. Todos los formularios que regresen serán archivados en la escuela.

Habrá también veces cuando fotos o información sobre concurso ganadores, trabajos del estudiante, también com la vida del estudiante en las escuela va ser publicada en la página web de la escuela. Este formulario va servir como permiso para poner la información necesaria.

Sierra Grande School Media Release Form

I hereby give permission to the school/news media to photograph/interview my child. It is my understanding that this photograph/interview or portions thereof will be used for public view.

I do not give my permission to the school/news media to photograph/interview my child.

Name of student:

(Please Print)

Grade:

Address:

City, State, Zip:

Signature of Parent / Guardian:



Sierra Grande School District
17523 Hwy. 160
Blanca, Colorado 81123
(719) 379-3259
www.sierragrandeschool.net

RESIDENCY INFORMATION FORM FOR THE MCKINNEY-VENTO ACT

This questionnaire is in compliance with the McKinney-Vento Act, U.S.C. 42 § 11431 et seq. Your answers will help determine if the student meets eligibility requirements for services under the McKinney-Vento Act.

Date: _____ School Name: **Sierra Grande School District**
Student Name: _____ Parent/Guardian Name: _____
Phone: _____ Age: _____ Grade: _____ D.O.B: _____
Current Address: _____
City: _____ Zip Code: _____

1. Please choose which of the following situations the student currently resides in (select one option):

- House or apartment with parent or guardian
- Shelter or other temporary housing
- Sharing the housing of others due to the loss of housing, economic hardship, or natural disaster
- Unsheltered (Cars, Parks, Campgrounds)
- Motel, car, or campsite
- Other – in an arrangement that is not a fixed, regular or adequate and is not described by other choices
- In another location that is not appropriate for people (e.g. an abandoned building)

Note: If you have selected "House or apartment with parent or guardian" you do not need to complete the remainder of this form. Please submit this form to school personnel.

2. Are you a student under the age of 21 and living apart from your parents or guardians? Yes No

Residency and Educational Rights

Students without fixed, regular, and adequate living situations have the following rights:

- 1) Immediate enrollment in the school they last attended or the local school where they are currently staying even if they do not have all of the documents normally required at the time of enrollment without fear of being separated or treated differently due to their housing situations;
- 2) Transportation to the school of origin for the regular school day;
- 3) Access to free meals, Title I and other educational programs, and transportation to extra-curricular activities to the same extent that it is offered to other students.

Any questions about these rights can be directed to the local McKinney-Vento Liaison at Sierra Grande School.

Parent/Guardian/Unaccompanied Youth: By signing below, I acknowledge that I have received and understand the above rights. Additionally, I certify that according to the information provided above, the student listed meets the definition of "Homeless" as stated in the McKinney-Vento Act (Subtitle B, Sect. 725) of July 1, 2002.

Signature of Parent/Guardian/Unaccompanied Youth

Date – MM/DD/YY

For Staff Use Only:

Sierra Grande School McKinney – Vento Liaison: Based on the above information and a brief interview with this family, I attest that to the best of my knowledge the above named student qualifies for the protection of educational rights and that this student qualifies for the Child Nutrition Program under the provisions of the McKinney-Vento Act. I also attest that this signed form will be submitted to the McKinney – Vento Liaison at Sierra Grande School District.

Required: Signature of School McKinney-Vento Liaison –MM/DD/YY Required: Printed Name of School McKinney-Vento Liaison

Approved: _____ Denied: _____ Entered in Goedustar: _____ Student Data Coordinator: _____ Notes: _____

Please submit this form to Sierra Grande School District Office

SIERRA GRANDE SCHOOL DISTRICT R-30

17523 Hwy 160 • BLANCA, CO 81123

(719) 379-3257 • (719) 379-3259

FAX (719) 379-2572

HOME LANGUAGE SURVEY

Federal rules and regulations require that school districts be aware of languages other than English used by students to protect their civil rights. We sincerely appreciate your help in completing this form.

Student Name: _____ **Grade:** _____ **Date:** _____

1. What language did your child first learn to speak? _____
2. Is there a language other than English spoken often in the home? YES or NO
If yes, which language(s)? _____
3. In what language do you prefer to receive communication from the school? _____

Parent Signature: _____ **Date:** _____

CUESTIONARIO DEL IDIOMA

Bajo las leyes y reglas del gobierno federal los distritos escolares tienen que identificar los idiomas que hablan los estudiantes para proteger sus derechos civiles. Agradecemos sinceramente su apoyo en completar esta forma.

Nombre del Estudiante: _____ **Grado:** _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál fue el primer idioma que el/la estudiante dominó primero en el hogar? _____
2. ¿Hay otro idioma aparte del inglés que los adultos hablan frecuentemente en el hogar? SI o NO
Si respondió si, cual(es) idioma(s)? _____
3. ¿En cuál idioma prefiere usted correspondencia de la escuela? _____

Firma de parent/guardián: _____ **Fecha:** _____

Office use only

*Screened by EL Director: _____

*EL Program: YES _____ NO _____

*Original placed in student folder by registrar: _____

Student Medical Information

Nurse's Notes



Last Name: _____ First Name: _____ Grade: _____

Date of Birth: _____ Gender: M F Physician's Name: _____

Last Physical (Date) _____ Hospital Preference: _____

Emergency Contact Name #1: _____ Emergency Contact Number #1: _____

Emergency Contact Name #2: _____ Emergency Contact Number #2: _____

Current Health Status:

1. Does your child have problems with:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHS | <input type="checkbox"/> Immune System | <input type="checkbox"/> Heart/Blood | <input type="checkbox"/> Toileting/Bladder/Kidney |
| <input type="checkbox"/> Allergies/Intolerance | <input type="checkbox"/> Stomach/Bowels | <input type="checkbox"/> Emotional/Behavioral | <input type="checkbox"/> Vision/Glasses/Contacts |
| <input type="checkbox"/> Asthma/Respiratory | <input type="checkbox"/> Skin | <input type="checkbox"/> Bones/Joints/Muscles | <input type="checkbox"/> Seizure/Migraine/Neurologic |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hearing/Ears | <input type="checkbox"/> Speech | <input type="checkbox"/> Long term/Chronic Illness |
| <input type="checkbox"/> Physical Limitations | <input type="checkbox"/> Adaptive Equipment | <input type="checkbox"/> Other, please describe in space provided below | |

Explain all that is checked:

2. Is your child currently taking any medication? YES NO

If yes, medication name: _____ If additional space is needed please use back of this form.

Is medication to be given at school? YES NO Dosage: _____ Time Given: _____

If medication is to be given at school, a physician's order is required and Medication Form must be completed.

3. If your child has recent immunization, please provide an updated immunization record to school.

4. If you have any concerns about your child's healthcare needs please contact the school nurse.

5. Please check the medical insurance that applies to your child:

 Medicaid Private Health Insurance Child Health Plan Plus (CHP+) No Health Insurance I agree to allow Medicaid/CHP! Staff to contact me with more information about medical assistance determination process. INITIAL _____

I hereby authorize Sierra Grande School to release information provided in this Student Medical Information form for treatment, payment, health-care operations, and other purposes as permitted by applicable state and federal law, including the Family Educational Rights and Privacy Act and Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, to any health care provider, the school's nursing staff, other persons who are involved in any way with the care of my child, any person or entity which is or may be liable for all or part

of the charges for services, goods, or facilities provided to my child, or any teacher or other school official who has a legitimate education interest in the information. I understand that following release of information, Sierra Grande School cannot control its confidentiality.

I acknowledge that it is my responsibility to notify the schools nurse when there is any change in the student's health condition or medical care.

I authorize officials of Sierra Grande School to contact directly the person I have named as emergency contacts, and give my consent for my child to receive medical and surgical treatment by the physicians I have named as they may deem necessary for my child's condition in an emergency. Reasonable attempts will first be made to contact me at the contact information provided, but in the event that Sierra Grande School is unable to reach me, the named emergency contact or physicians I have provided, then I further give my consent for Sierra Grande School officials to transport and admit my child to a medical facility for the purposes of receiving emergency medical and surgical treatment. I understand that Sierra Grande Schools does not provide any accident or health insurance coverage for my child and that Sierra Grande Schools is not financially responsible for the emergency care and/or transportation for my child. I understand that it is my responsibility to cover the costs of any such emergency care and/or transportation for my child's emergency medical needs.

I understand this consent will remain in force until my child is no longer enrolled his or her current school. I also understand that I may revoke this authorization at any time, in writing, except to the extent that Sierra Grande School has already acted on my permission.

Parent /Guardian Signature

Date

Additional Notes: _____

Reviewed by School Nurse: _____ Flag Entered

Additional Notes by School Nurse: _____

**Thank
You!**

Nurse's Notes

Información Médica del Estudiante		
Apellido:	Primer Nombre:	Grado:
Fecha de Nacimiento:	Género: M F	Nombre de Escuela :
Nombre de Médico:	Fecha del último examen médico:	
Preferencia de Hospital:	Contacto de Emergencia 1:	Contacto de Emergencia 2:
Nombre Contacto de Emergencia 1:	Nombre Contacto de Emergencia 2	
Estatus Actuales de Salud		
1. Su hijo tiene problemas con:		
Síndrome del Déficit de Atención	Sistema Inmunológica	Corazón/Sangre
Control de Esfínteres/Vejiga/Riñón	Alergia / Intolerancia	Estómago / Intestinos
Emocionales / Comportamiento	Visión/Lentes/Lentes de Contacto	Asma / Respiratoria
Piel	Huesos/Coyunturas/Músculos	Convulsión /Migraña/Neurológico
Diabetes	Audición/Orejas	Habla
Limitaciones Físicas	Equipo de Adaptabilidad	Otro
Explique cualquiera de los anteriores:		
2. ¿Está su hijo tomando alguna medicación actualmente? Si No		
Nombre de Medicación:		Si necesita espacio adicional por favor utilice el dorso de este formulario .
¿Algún medicamento se da en la escuela?	Sí No	Dosis: Tiempo Dado:
Si el medicamento se tiene que dar en la escuela, es necesario una orden médica y se tiene completar Formulario de Medicación.		
3. Si su hijo tiene las últimas vacunas, por favor proporcionar y actualice el registro de inmunizaciones en la escuela .		
4. Si tiene cualquier preocupación sobre la salud de su hijo, póngase en contacto con la enfermera de la escuela .		
5. Por favor revise el seguro médico que le aplique a su hijo:		
Medicaid	Seguro de Salud Privado	
Child Health Plan Plus (CHP+)	Nada de Seguro de Salud	
<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo en permitir que el personal de Medicaid/CHP se ponga en contacto conmigo con más información sobre el proceso de determinación de la asistencia médica . <input type="checkbox"/> Initial		
Doy permiso para que la información contenida en esta historia de información de salud para compartir con los adultos en la escuela que va a trabajar con mi hijo, en una necesidad de saber base. Doy mi consentimiento y autorizo al distrito escolar a divulgar información relacionada con la salud y otros servicios elegibles de Medicaid para el reembolso de Medicaid para los servicios. Es responsabilidad del padre / guardián de notificar a las enfermeras de las escuelas que cada vez que haya algún cambio en el estado de salud o atención del estudiante. Si en algún momento desea retirar este permiso, póngase en contacto con la enfermera de la escuela .		
El abajo firmante, autorizo a los oficiales de las Escuelas de la Sierra Grande de contactar directamente con las personas nombradas como contactos de emergencia y autorizar a los médicos nombrados para representar dicho tratamiento como puede ser juzgado necesario en una emergencia, para la salud de dicho niño. En el caso de los médicos u otras personas nombradas y los padres que no puedan ser contactados, los oficiales de la escuela se autorizan de tomar cualquier acción que se considere necesario a su juicio, para la salud de dicho niño. No considerare las Escuelas de la Sierra Grande financieramente responsable para la atención de emergencia y/o transporte para dicho.		
Firma del Padre/Guardián & Fecha		
Reviewed By School Nurse:	Flag Entered	



**Sierra Grande
Transportation Department
Bus Registration Form**

Parent's name: _____ Telephone: _____

Child's Name: _____ Grade: _____

Physical Address: _____

Please provide us with the following information so we can provide reliable transportation to your student.

_____ Mornings: My child will ride from our home to Sierra Grande School.

_____ Afternoons: My child will ride from Sierra Grande School to my home every afternoon. OR

_____ Afternoons: My child will ride from Sierra Grande School to different locations in the afternoons.
(Please complete the table below – must be a designated stop location.)

Days of the Week	Name	Address	Phone #
Monday			
Tuesday			
Wednesday			
Thursday			
Early release days			

**** All bus changes need to be in writing ****

I acknowledge that the above information is correct. I have read and discussed the bus rules with my child. My child and I agree to follow the bus rules.

Parent Signature: _____ Date: _____

Student Signature: _____ Date: _____

To be completed by the school district

Teacher: _____ Bus# _____

Sierra Grande
Transporte Departamento de
Registro de Autobus Forma

Nombre de Padres: _____ Telefono: _____

Nombre de Niño: _____ Grado: _____

Dirección Física: _____

Por favor envíenos la siguiente información para que podamos proporcionar un transporte confiable a su estudiante.

_____ Mañana: Mi hijo viajará desde nuestro hogar a Sierra Grande.

_____ Tardes: Mi hijo viajará desde la escuela Sierra Grande a mi casa todas las tardes. O

_____ Tardes: Mi hijo viajará desde la escuela Sierra Grande a diferentes lugares por las tardes. (Por favor complete la tabla a continuación: debe ser una ubicación de parada designada).

Días de la semana	Nombre	Direccion	Telefono
Lunes			
Martes			
Miercoles			
Jueves			
Dias de salida temprana			

**** Todos los cambios de busto deben ser por escrito ****

Reconozco que la información anterior es correcta. He leído y discutido las reglas del autobús con mi hijo. Mi hijo y yo acordamos seguir las reglas del autobús.

Firma de los padres: _____ Fecha: _____

Firma del estudiante : _____ Fecha: _____

To be completed by the school district

Profesor: _____ Autobus# _____

Collection Question Format
For Parents/Guardians

Student's name: _____

Grade: _____

CURRENT RACIAL/ETHNIC DESIGNATION FOR STUDENT

Part A. Is this student Hispanic/Latino? (choose only one)

- No, not Hispanic/Latino
- Yes, Hispanic/Latino A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.

*The above part of the question is about ethnicity, not race. **No matter what you selected in Part A above, please provide an answer to Part B** by marking one or more boxes below to indicate what you consider your child's race to be.*

Part B. Which of the following groups describe the student's race? (choose one or more)

- American Indian or Alaska Native.** A person having origins in any of the original peoples of North and South America (including Central America), and who maintains tribal affiliation or community attachment.
- Asian.** A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including, for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam.
- Black or African American.** A person having origins in any of the black racial groups of Africa.
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander.** A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.
- White.** A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa.

Parent/Guardian Signature: _____

Date: _____

Formato de muestra para recopilar información
de los padres y tutores legales

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

GRUPO RACIAL/ÉTNICO QUE FIGURA EN EL EXPEDIENTE DEL ESTUDIANTE

Parte A. ¿Es este estudiante hispano/latino? (Marque una sola respuesta.)

- No, no es hispano/latino.
- Sí, es hispano/latino: una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, de América del Sur o Central, o de otra cultura u origen español, independientemente de su raza.

La parte A de la pregunta se refiere al grupo étnico, no a la raza. Independientemente de la respuesta que haya marcado en la Parte A, conteste la Parte B. Marque una o más de las opciones a continuación para indicar la raza de su hijo(a) de acuerdo con su opinión.

Parte B. ¿Cuál de estos grupos describe la raza del estudiante? (Elija uno o más.)

- Indígena americano o de Alaska:** una persona que desciende de cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y del Sur (incluyendo América Central) y que mantiene una afiliación tribal o vínculo con esa comunidad.
- Asiático:** una persona que desciende de cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente Índico, incluyendo por ejemplo Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Paquistán, las Filipinas, Tailandia y Vietnam.
- Negro o afroamericano:** una persona que desciende de cualquiera de los grupos raciales negros de África.
- Hawaiano o isleño del Pacífico:** una persona que desciende de cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otra isla del Pacífico.
- Blanco:** una persona que desciende de cualquiera de los pueblos originarios de Europa, el Medio Oriente o África del Norte.

Firma del padre/madre/tutor legal: _____

Fecha: _____



Colorado MEP Occupational Survey

Your child/children may qualify to receive supplemental educational services at no cost, such as tutoring, transportation, school supplies, and other services. Please answer the following questions to assist in determining your child's/children's eligibility. Once completed, please return this form to the school or your Regional MEP Office listed below.

CHILD'S FIRST NAME:	CHILD'S LAST NAME:	BIRTHDATE:
SCHOOL:		GRADE:
PARENT/GUARDIAN NAME:	Do you have more than one child? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	

- 1) In the past three years, has your family moved to another state, city, school district, and/or county?
 YES NO
- 2) Do you or anyone in your immediate family currently work, or have worked, in the past three years, in any of the following occupations related to agricultural or fishing work?

Mark YES and CIRCLE all that apply even if the work was only for a short period of time.

YES NO



Processing & Packing
(fruit, vegetables, chicken, eggs, pork, beef, lamb or other livestock, etc.)



Agriculture or Field Work
(planting, picking, sorting crops, soil preparation, irrigation, fumigation, etc.)



Dairy & Cattle Raising
(feeding, milking, rounding up, etc.)



Nursery or Greenhouse
(planting, potting, pruning, watering, harvesting, etc.)



Forestry
(soil preparation, planting, growing, cutting trees, etc.)



Fishing & Fish Processing
(catching, sorting, packing, transporting fish, etc.)

If you answered "yes" to the questions above, please continue below. Otherwise, your form is complete.

HOME ADDRESS:	TODAY'S DATE:	
CITY:	STATE:	ZIP:
TELEPHONE (WITH AREA CODE):		
BEST DAY AND TIME TO CALL:	PREFERRED LANGUAGE:	

This form and the data recorded within protected to maintain family and child confidentiality. If you have any questions, please contact:

Southwest Migrant Education Program
1424 2nd street
Alamosa CO, 81101
719-587-1512



Encuesta de Colorado MEP

Sus hijos pueden ser candidatos para recibir servicios suplementarios gratuitos, como tutoría, transporte y útiles escolares, además de otros servicios. Le agradeceríamos responder las siguientes preguntas para poder determinar su elegibilidad. Una vez contestada, envíela a la escuela o a la oficina regional de MEP que se detalla al pie de la página.

NOMBRE DEL MENOR:	APELLIDO DEL MENOR:	FECHA DE NACIMIENTO:
ESCUELA:		GRADO:
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR:	Tiene más de un hijo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

- 1) Durante los últimos tres años, su familia se ha cambiado a otro estado, ciudad, escuela, y/o condado?
 SI NO
- 2) Usted o alguien de su familia directa está trabajando o ha trabajado durante los últimos tres años, en alguna de las siguientes ocupaciones relacionadas con el trabajo agrícola o pesquero?

Marque SI y CIRCULE todo lo que corresponda, incluso si el trabajo fue por un período corto.

SI NO



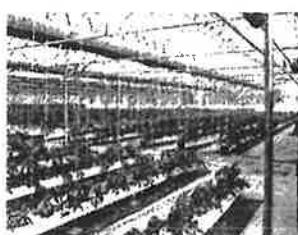
Procesamiento & Empaquetado
 (fruta, vegetales, huevos, carne de pollo, cerdo, res, o cualquier otro tipo de ganado, etc.)



Agricultura o Trabajo de Campo
 (cosecha, recolección y clasificación de cultivo, preparación del suelo, riego, fumigación, etc.)



Lechería & Cría de Ganado
 (alimentar, ordeñar, acorralar/arrear, etc.)



Vivero o Invernadero
 (cultivar, plantar, podar, regar, cosechar, etc.)



Silvicultura
 (preparación del suelo, cosecha y crecimiento, corte de árboles, etc.)



Pesca & Procesamiento de Pescado
 (capturar, clasificar, empacar, transportar pescado, etc.)

Si contestó "sí" a las preguntas anteriores, por favor continúe. De lo contrario, su encuesta está completa.

DOMICILIO:	FECHA:	
CIUDAD:	ESTADO:	CODIGO POSTAL:
TELEFONO (CON CODIGO DE AREA):		
DIA Y HORA PARA COMUNICARNOS CON USTED:		IDIOMA PREFERIDO:

Esta encuesta y los datos registrados en la misma están protegidos para mantener la confidencialidad de la familia y los menores.

Si tiene preguntas, comuníquese a:

Programa De Educación Migrante Suroeste

[1424 2nd Street]

[Alamosa CO, 81101]

{(719-587) 7522}

Please fill out "one" per household.
Return with packet or return by mail to the School office.
THANK you.

Sierra Grande School

How to Complete the Family Economic Data Survey Form

Purpose: This form will be used to determine whether the school district is eligible for additional funding on the behalf of the student(s) listed. By filling out this form, you are helping to ensure that the school district receives any additional state funding to which it is entitled, based on the population of students served by the school district.

Please use these instructions to help you fill out the Family Economic Data Survey. You only need to submit **one** per household, even if your children attend more than one school in **Sierra Grande School District**. The form must be filled out completely to certify your children's eligibility for state funding for your child's school.

Please follow these instructions in order! Each step of the instructions is the same as the steps on the survey. If at any time you are not sure what to do next, please contact **Sierra Grande School District, Mrs. DeAnn Arellano, 719-379-3257 ext. 1013, darellano@sierragrandeschool.net**.

PLEASE USE A PEN (NOT A PENCIL) WHEN FILLING OUT THE FORM AND DO YOUR BEST TO PRINT CLEARLY.

RETURN THE COMPLETED AND SIGNED FORM TO:

Sierra Grande School District 17523 Hwy. 160 Blanca, Colorado 81123/ Mrs. DeAnn Arellano 719-379-3257 ext. 1013.

STEP 1: LIST ALL STUDENTS ATTENDING Sierra Grande School District

Tell us how many students live in your household. They do NOT have to be related to you to be a part of your household.

Who should I list here?

When filling out this section, please include all members in your household who are:

- Students attending **Sierra Grande School District** and are in your care under a foster arrangement, or qualify as homeless, migrant, or runaway youths;
- Students attending **Sierra Grande School District**, *regardless of age*.

A) List each student's name. For each student, print their first name, middle initial, and last name. Use one line for each child. If there are more children present than lines on the form, attach a second piece of paper with all required information for the additional children.

B) Does the student have income? If 'Yes,' report income of student's in STEP 3A. If 'No' check the 'No Income' box.

C) Optional: Provide the birthdate and grade for each student.

D) Do you have any foster children? If any children listed are foster children, mark the "Foster Child" box next to the child's name. **Foster children who live with you may count as members of your household and should be listed on your form.** If you are *only* applying for foster children, after completing STEP 1, skip to STEP 4 of the application and these instructions.

E) Are any children homeless, migrant, runaway, or participating in Head Start? If you believe any child listed in this section may meet one of these descriptions, please mark the "Homeless, Head Start, Migrant, Runaway" box next to the child's name and **complete all steps of the form**.

Sierra Grande School

Cómo llenar el formulario de encuesta de los datos económicos familiares

Propósito: este formulario se utilizará para determinar si el distrito escolar es elegible para el financiamiento adicional en nombre del(de los) estudiante(s) listado(s). Al llenar este formulario, ayuda a garantizar que el distrito escolar reciba financiamiento estatal adicional al que tiene derecho en función de la población de estudiantes a la que sirve el distrito escolar.

Use las siguientes instrucciones como guía para ayudarlo a llenar la encuesta de los datos económicos familiares. Solo necesita presentar una por núcleo familiar, incluso si sus hijos asisten a más de una escuela en **Sierra Grande School District**. El Formulario debe llenarse por completo para certificar la elegibilidad de sus niños con el propósito de obtener el financiamiento del estado para la escuela.

Siga estas instrucciones en orden! Los pasos de las instrucciones son iguales a los pasos de la encuesta. Si en algún momento no está seguro sobre lo que tiene que hacer luego, comuníquese con **Sierra Grande School District, Mrs. DeAnn Arellano, 719-379-3257 ext. 1013, darellano@sierragrandeschool.net**.

**UTILICE UN BOLÍGRAFO (NO UN LÁPIZ) CUANDO LLENE EL FORMULARIO Y HAGA LO POSIBLE POR ESCRIBIR CON CLARIDAD. REGRESE EL FORMULARIO LLENO Y FIRMADO A:
Sierra Grande School District 17523 Hwy. 160 Blanca, Colorado 81123/ Mrs. DeAnn Arellano 719-379-3257 ext. 1013.**

PASO 1: ENUMERAR A TODOS LOS ESTUDIANTES QUE ASISTEN A Sierra Grande School District

Infórmenos sobre la cantidad de estudiantes que viven en su hogar. Ellos NO tienen que tener un parentesco con usted para formar parte de su núcleo familiar.

¿A quién debo enumerar?

Cuando se llene esta sección, incluya a todos los miembros de su núcleo familiar que sean:

- Estudiantes que asistan a **Sierra Grande School District** y que estén bajo su cuidado como una colocación de acogida temporal o que califiquen como personas sin hogar, inmigrantes o jóvenes que escaparon de su hogar;
- Estudiantes que asistan a **Sierra Grande School District**, *sin importar la edad*.

A) Enumere cada uno de los nombres de los estudiantes. Para cada estudiante, escriba su primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido. Utilice una línea para cada niño. Si las líneas no son suficientes para colocar a todos los niños en el formulario, adjunte otra hoja con toda la información necesaria de los niños adicionales.

B) ¿El estudiante tiene ingresos? Si es así, informe los ingresos del estudiante en el PASO 3A. Si no es así, marque la casilla de "No Income" (ningún ingreso).

C) Opcional: coloque la fecha de nacimiento y el grado de cada estudiante.

D) ¿Tiene niños de acogida temporal? Si alguno de los niños de la lista son niños de acogida temporal, marque la casilla "Foster Child" ("niño de acogida temporal") junto al nombre del niño. **Los niños de acogida temporal que vivan con usted deben incluirse como miembros de su núcleo familiar y deben aparecer en la lista de su formulario.** Si usted solo aplica para los niños de acogida temporal, luego de completar el PASO 1, vaya al PASO 4 de la solicitud y de estas instrucciones.

STEP 2: DO ANY HOUSEHOLD MEMBERS (INCLUDING YOU) CURRENTLY PARTICIPATE IN ONE OR MORE OF THE FOLLOWING ASSISTANCE PROGRAMS: SNAP, TANF OR FDPIR?

If anyone in your household participates in the assistance programs listed below, your children are eligible for free school meals:

- The Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
- Temporary Assistance for Needy Families (TANF/Colorado Works - Basic Cash Assistance or State Diversion)
- The Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR)

A) IF NO ONE IN YOUR HOUSEHOLD PARTICIPATES IN ANY OF THE ABOVE LISTED PROGRAMS:

- Leave STEP 2 blank and proceed to STEP 3.

B) IF ANYONE IN YOUR HOUSEHOLD PARTICIPATES IN ANY OF THE ABOVE LISTED PROGRAMS:

- Provide a case number for SNAP, TANF, or FDPIR. You only need to write one case number. If you participate in one of these programs and do not know your case number, contact your county or state assistance programs office. You must provide a case number on your form.
- If you provided a case number, skip to STEP 4.

STEP 3: REPORT GROSS INCOME FOR ALL STUDENTS AND HOUSEHOLD MEMBERS

A) Student Income: Refer to the chart titled "Sources of Income for Students" below and report the combined gross income (before taxes and other deductions) for **ALL** students listed in Step 1 in your household in the box marked "Student Income." Only count foster children's income if you are applying for them together with the rest of your household. It is optional for the household to list foster children living with them as part of the household.

What is Student Income?

Income that is received from outside of your household and is paid directly to your children should be reported. Many households do not have any student income. Use the chart below to determine if your household has student income to report.

Sources of Income for Students

Sources of Student Income	Example(s)
• Earnings from work	• A child has a job where they earn a salary or wages.
• Social Security <ul style="list-style-type: none">○ Disability Payments○ Survivor's Benefits	• A child is blind or disabled and receives Social Security benefits. • A parent is disabled, retired, or deceased, and their child receives Social Security benefits.
• Income from persons outside the household	• A friend or extended family member regularly gives a child spending money.
• Income from any other source	• A child receives income from a private pension fund, annuity, or trust.

B) All Other Household Members (including yourself): Print the name of each household member in the boxes marked "Names of Other Household Members." Do not list any household members you listed in STEP 1. If a student listed in STEP 1 has income, follow the instructions in STEP 3, part A.

FOR EACH HOUSEHOLD MEMBER:

E) ¿Existen niños sin hogar, inmigrantes, fugitivos o que participan en Head Start? Si considera que alguno de los niños enumerados en esta sección cumple con esta descripción, marque la casilla "Homeless, Head Start, Migrant, Runaway" ("Sin hogar, Head Start, inmigrante, fugitivo") junto al nombre del niño y **complete todos los pasos del formulario.**

PASO 2: ¿ALGUNO DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (INCLUYÉNDOLO A USTED) PARTICIPA ACTUALMENTE EN UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES PROGRAMAS DE ASISTENCIA: SNAP, TANF O FDPIR?

Si alguien en su hogar participa en los programas de asistencia mencionados a continuación, sus hijos son elegibles para las comidas escolares gratuitas:

- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (The Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)
- Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF/Colorado Works - Asistencia básica en efectivo o variante del Estado)
- Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (The Food Distribution Program on Indian Reservations, FDPIR)

A)

SI NINGUNA PERSONA EN SU HOGAR PARTICIPA EN ALGUNO DE LOS PROGRAMAS MENCIONADOS ANTERIORMENTE:

- *Deje el PASO 2 en blanco y continúe con el PASO 3.*

B) SI ALGUIEN EN SU HOGAR PARTICIPA EN ALGUNO DE LOS PROGRAMAS MENCIONADOS ANTERIORMENTE:

- *Facilite un número del expediente para SNAP, TANF o FDPIR.* Solo necesita escribir un número del expediente. Si participa en uno de estos programas y no sabe su número del expediente, comuníquese con la oficina de programas del estado o condado. Debe colocar un número del expediente en su formulario.
- *Si usted colocó un número de expediente, salte al PASO 4.*

PASO 3: INFORMAR LOS INGRESOS BRUTOS DE TODOS LOS ESTUDIANTES Y MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

A) Ingresos del estudiante: consulte el cuadro titulado "Sources of Income for Student's" ("Fuente de ingresos para los estudiantes") de abajo y coloque en la casilla "Student Income" ("Ingresos del estudiante"), el ingreso bruto combinado (antes de impuestos y otras deducciones) de **TODOS** los estudiantes de su núcleo familiar mencionados en el paso 1. Solo cuentan los ingresos de los niños de acogida temporal si usted aplica para ellos junto con el resto de los miembros de su familia. Es opcional para el núcleo familiar colocar a los niños de acogida temporal que viven con ellos como parte de la familia.

¿Qué son los ingresos del estudiante?

Se deben informar los ingresos que se reciben fuera de su núcleo familiar y se pagan **directamente** a sus niños. Muchas familias no tienen ingresos de estudiante. Utilice el cuadro siguiente para determinar si su núcleo familiar tiene ingresos de estudiante que informar.

Who should I list here?

When filling out this section, please include **all** members in your household who are:

- Living with you and share income and expenses, *even if not they are not related and even if they do not receive income of their own.*
- Children age 18 or under **and** are supported with the household's income, who were not already reported as students.

Do **not** include people who:

- Live with you but are not supported by your household's income **and** do not contribute income to your household.
- Children and students already listed in Step 1.

How do I fill in the income amount and source?

FOR EACH TYPE OF INCOME:

- Use the charts in this section to determine if your household has income to report.
- Report all amounts in **gross income ONLY**. Report all income in whole dollars. Do not include cents.
 - **Gross income is the total income received before taxes or deductions.**
 - Many people think of income as the amount they "take home" and not the total, "gross" amount. Make sure that the income you report on this application has NOT been reduced to pay for taxes, insurance premiums, or any other amounts taken from your pay.
- Write a "0" in any fields where there is no income to report. Any income fields left empty or blank will be counted as zeroes. If you write '0' or leave any fields blank, you are certifying that there is no income to report. If local officials have known or available information that your household income was reported incorrectly, **your application may be verified for cause.**
- Mark how often each type of income is received, using the check boxes to the right of each field.

C) Report earnings from work. Refer to the chart titled "Sources of Income for Adults" in these instructions and report all income from work in the "Earnings from Work" field on the form. If you are a self-employed business or farm owner, you will report your net income.

What if I am self-employed?

If you are self-employed, report income from that work as a **net** amount. This is calculated by subtracting the total operating expenses of your business from its gross receipts or revenue.

D) Report income from Public Assistance/Child Support/Alimony. Refer to the chart titled "Sources of Income for Adults" in these instructions and report all income that applies in the "Public Assistance/Child Support/Alimony" field on the application. Do not report the value of any cash value public assistance benefits NOT listed on the chart. If income is received from child support or alimony, only **court-ordered** payments should be reported here. Informal but regular payments should be reported as "other" income in the next part.

E) Report income from Pensions/Retirement/All other income. Refer to the chart titled "Sources of Income for Adults" in these instructions and report all income that applies in the "Pensions/Retirement/All Other Income" field on the application.

F) Report total household size. Enter the total number of household members in the field "Total Household Members (Children and Adults)." This number **MUST** be equal to the number of household members listed in STEP 1 and STEP 3. If there are any members of your household that you have not listed on the application, go back and add them. It is very important to list all household members, as the size of your household determines your eligibility for free and reduced-price school meals.

Fuente de ingresos para los estudiantes	
Fuente de ingresos del estudiante	Ejemplo(s)
• Ganancias del trabajo	• El niño tiene un empleo donde gana un salario o sueldo.
• Seguro Social <ul style="list-style-type: none"> ○ Pagos por discapacidad ○ Beneficios del sobreviviente 	• El niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios del Seguro Social. • La madre o padre está discapacitado, jubilado o muerto y sus niños reciben beneficios del Seguro Social.
• Ingresos de personas fuera del núcleo familiar	• Un amigo o miembro de la familia extendida da al niño, <i>de forma regular</i> , dinero para su consumo.
• Ingresos de cualquier otra fuente	• El niño recibe ingresos de un fondo privado de pensiones, anualidad o fideicomiso.

B) Todos los demás miembros del núcleo familiar (incluyendo a usted): escriba el nombre de cada miembro del núcleo familiar en las casillas de "Names of Other Household Members" ("Nombres de los demás miembros del núcleo familiar"). **No coloque a los miembros que puso en el PASO 1.** Si un estudiante que aparece en la lista del PASO 1 tiene ingresos, siga las instrucciones del PASO 3, parte A.

PARA CADA MIEMBRO DEL NÚCLEO FAMILIAR:

¿A quién debo enumerar?

Cuando se llene esta sección, por favor, incluya a **todos** los miembros de su núcleo familiar que hagan lo siguiente:

- Que vivan con usted o que compartan ingresos y gastos, *aunque no estén emparentados y aunque no reciban ingresos propios*.
- Niños y jóvenes de 18 años de edad o menos **que reciben** el apoyo de los ingresos del hogar y que además no se hayan enumerado ya como estudiantes.

No incluya a las siguientes personas:

- Personas que viven con usted pero no reciben el apoyo de los ingresos del núcleo familiar y no contribuyen con los ingresos de su hogar.
- Niños y estudiantes que ya aparezcan en la lista del paso 1.

¿Cómo lleno la fuente y la cantidad de ingresos?

PARA CADA TIPO DE INGRESO:

- Utilice los cuadros en esta sección para determinar si su núcleo familiar tiene ingresos que informar.
- Coloque todas las cantidades **SOLO en los ingresos brutos**. Coloque todos los ingresos en dólares completos. No incluya centavos.
 - **El ingreso bruto es el ingreso total que se recibe antes de los impuestos o deducciones.**
 - Muchas personas piensan que el ingreso es la cantidad que "se llevan a casa" y no el monto total "bruto". Asegúrese que los ingresos que informe en esta solicitud NO se les hayan hecho deducciones para pagar impuestos, primas de seguro o cualquier otra cantidad que se deduzca de su pago.
- Escriba un "0" en cualquier campo donde no haya ingresos para informar. Cualquier campo de ingresos que se deje vacío o en blanco se contará como ceros. Si escribe "0" o deja campos en blanco, usted certifica que no hay ingresos para informar. Si los funcionarios locales saben o tienen información disponible de que se informó de manera incorrecta el ingreso del núcleo familiar, **su solicitud puede verificarse como causa**.
- Marque con qué frecuencia se recibe cada tipo de ingreso utilizando las casillas de verificación ubicadas a la derecha de cada campo.

C) Informe las ganancias del trabajo. Consulte el cuadro titulado "Sources of Income for Adults" ("Fuente de ingresos para los adultos") en estas instrucciones y coloque todos los ingresos del trabajo en el campo "Earnings

Sources of Income for Adults		
Earnings from Work	Public Assistance/Alimony/ Child Support	Pensions/Retirement/All Other Income
<ul style="list-style-type: none"> • Salary, wages, cash bonuses • Net income from self-employment (farm or business) • Strike benefits <p>If you are in the U.S. Military:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basic pay and cash bonuses (<i>do NOT include combat pay, FSSA, or privatized housing allowances</i>) • Allowances for off-base housing, food, and clothing 	<ul style="list-style-type: none"> • Unemployment benefits • Worker's compensation • Supplemental Security Income (SSI) • Cash assistance from state or local government • Alimony payments • Child support payments • Veteran's benefits 	<ul style="list-style-type: none"> • Social Security (including railroad retirement and black lung benefits) • Private Pensions or disability • Income from trusts or estates • Annuities • Investment income • Earned interest • Rental income • Regular cash payments from outside household

STEP 4: CONTACT INFORMATION AND ADULT SIGNATURE

All forms must be signed by an adult member of the household. By signing, that household member is promising that all information has been truthfully and completely reported. Before completing this section, please also make sure you have read the privacy and civil rights statements on the back of the form.

A) **Provide your contact information.** Write your current mailing address in the fields provided if this information is available. If you have no permanent address, this does not make your children ineligible for free or reduced-price school meals. Sharing a phone number, email address, or both is optional, but helps us reach you quickly if we need to contact you.

B) **Sign and print your name.** Print your name in the box "Printed name of adult completing the form," and sign your name in the box "Signature of adult completing the form."

C) **Today's Date.** In the space provided, write today's date in the box.

STEP 5: RELEASE OF INFORMATION

The information provided on this survey will be used in conjunction with state educational programs and may be shared with Medicaid or State Children's Health Insurance Program (SCHIP) offices to seek enrollment of children into the above programs. Also, if your students qualify this information may be shared with the school/district for the purpose of waiving certain school/district program fees that your child(ren) might otherwise be required to pay. The school/district is not permitted to share your information with anyone else. You are not required to consent to the release of your information, and not consenting will not affect your student(s)' eligibility for school meals. Your information WILL be shared unless you check one of the boxes below.

from Work" ("Ganancias del trabajo") del formulario. Si usted es un trabajador autónomo o es propietario de una finca, colocará sus ingresos netos.

¿Qué sucede si soy un trabajador autónomo?

Si es un trabajador autónomo, coloque los ingresos de ese trabajo como monto **neto**. Esto se calcula restando el total de los gastos operativos de su negocio de sus ingresos brutos o ganancias.

D) Informe los ingresos de asistencia pública/manutención infantil/pensión alimenticia. Consulte el cuadro titulado "Sources of Income for Adults" ("Fuente de ingresos para los adultos") en estas instrucciones y mencione todos los ingresos que aplican en el campo de "Public Assistance/Child Support/Alimony" ("Asistencia pública/manutención infantil/pensión alimenticia") en la solicitud. No coloque el valor de los beneficios de asistencia pública en efectivo que NO se muestren en el cuadro. Si se reciben ingresos de manutención infantil o pensión alimenticia, solo se deben mencionar los pagos **que ordena el tribunal**. Los pagos informales pero regulares deben mencionarse como "otros" ingresos en la siguiente parte.

E) Informe los ingresos de las pensiones/jubilación/otros ingresos. Consulte el cuadro titulado "Sources of Income for Adults" ("Fuente de ingresos para los adultos") en estas instrucciones y mencione todos los ingresos que aplican en el campo de "Pensions/Retirement/All Other Income" ("Pensiones/jubilación/otros ingresos) en la solicitud.

F) Informe la cantidad total del núcleo familiar. Coloque el número total de los miembros del núcleo familiar en el campo "Total Household Members (Children and Adults)" ("Número total de miembros del núcleo familiar (Niños y adultos)"). Este número **DEBE** ser igual al número de miembros del núcleo familiar que aparecen en la lista del PASO 1 y PASO 3. Si hay algún miembro de su familia que no aparezca en la lista de la solicitud, regrese y agréguelo. Es importante agregar en la lista a todos los miembros del núcleo familiar, ya que la cantidad de miembros en su hogar determina su elegibilidad para la comida escolar gratuita o de bajo costo.

Fuente de ingresos para los adultos		
Ganancias del trabajo	Asistencia pública/pensión alimenticia/ Manutención infantil	Pensiones/jubilación/otros ingresos
<ul style="list-style-type: none">• Salario, sueldos, bonos en efectivo• Ingresos netos de los negocios autónomos (finca o negocio)• Beneficios por huelga <p>Si usted pertenece al ejército de los EE. UU.:</p> <ul style="list-style-type: none">• Salario básico y bonos en efectivo (<i>NO se incluya los pagos por combate, la Asignación Suplementaria de Subsistencia Familiar (Family Subsistence Supplemental Allowance, FSSA) o los subsidios de vivienda privatizada</i>).• Asignaciones para ropa comida y viviendas fuera de la base.	<ul style="list-style-type: none">• Asignación por desempleo• Indemnización laboral• Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI)• Asistencia en efectivo del Estado o gobierno local• Pagos por pensión alimenticia• Pagos por manutención infantil• Beneficios para los veteranos	<ul style="list-style-type: none">• Seguro Social (incluye los beneficios de jubilación para empleados ferroviarios y de neumoconiosis)• Discapacidad o pensiones privadas• Ingresos de fideicomiso o de propiedades• Anualidades• Ingreso por inversiones• Intereses devengados• Ingresos por alquiler• Pagos <i>regulares</i> en efectivo fuera del núcleo familiar

PASO 4: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DE UN ADULTO

Un miembro adulto del núcleo familiar debe firmar todos los formularios. Al firmar, ese miembro familiar garantiza que toda la información se brindó de forma completa y fiable. **Antes de llenar esta sección, asegúrese de que leyó las declaraciones de derechos civiles y de privacidad en la parte de atrás de este formulario.**

A) Indique su información de contacto. Escriba su dirección de correo actual en los campos que se muestran si esta información está disponible. **Si no tiene una dirección permanente, esto no hace que su hijo sea inelegible para las comidas escolares gratuitas o de bajo costo.** Brindar un número de teléfono, dirección de correo electrónico o ambos es opcional, pero nos ayuda a localizarlo rápidamente si necesitamos comunicarnos con usted.

B) Firme y escriba su nombre. Escriba su nombre en la casilla “Printed name of adult completing the form” (“Nombre en letra de imprenta del adulto que llena el formulario”). Luego firme en la casilla “Signature of adult completing the form” (“Firma del adulto que llena el formulario”).

C) Fecha de hoy. Escriba la fecha de hoy en el espacio que se muestra en la casilla.

PASO 5: DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

La información proporcionada en esta encuesta se usará en conjunto con los programas de educación del Estado y podría compartirse con Medicaid o el Programa Estatal de Seguros Médicos para Niños (State Children’s Health Insurance Program, SCHIP) para lograr la inscripción de niños en dichos programas. Además, si sus estudiantes cumplen con los requisitos, esta información podría compartirse con la escuela o distrito con el propósito de evitar el pago de algunas tasas de programas de la escuela o distrito que, de lo contrario, su hijo o hijos tendrían que pagar. La escuela o distrito tiene prohibido compartir esta información con otras personas. No se requiere de su consentimiento para la divulgación de su información; esto no afectará la elegibilidad de su estudiante(s) para las comidas escolares. Su información SERÁ compartida a menos de que marque una de las siguientes casillas.

Family Economic Data Survey Instructions

If you or someone in your household receives SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program), TANF/CO Works (Temporary Assistance for Needy Families; State Diversion or Basic Cash Assistance) or FDPIR (Food Distribution Program on Indian Reservations), follow the instructions listed below:

STEP 1: List all students' first and last names. Check the box if student does not have income. Optional: Provide date of birth and grade.

STEP 2: List a case number if you or someone in your household participates in SNAP, TANF or FDPIR.

STEP 3: Skip this step.

STEP 4: Sign the survey. Optional: Provide contact information for purposes of receiving eligibility notification.

STEP 5: If you do not want your information shared with Medicaid/SCHIP and/or school/district programs, you must complete this step.

Optional: Complete the Children's Racial and Ethnic Survey on the back of the survey.

If you are applying for a Foster Child, a student that qualifies for your district's Head Start program, or is a Runaway, Homeless, or Migrant student, follow the instructions listed below:

STEP 1: List all students' first and last names. Check the box if student does not have income. Optional: Provide date of birth and grade.

Check the appropriate box to indicate whether the student is a Foster Child, Head Start participant, Runaway, Homeless, or Migrant.

STEP 2: Skip this step.

STEP 3: Skip this step.

STEP 4: Sign the survey. Optional: Provide contact information for purposes of receiving eligibility notification.

STEP 5: If you do not want your information shared with Medicaid/SCHIP and/or school/district programs, you must complete this step.

Optional: Complete the Children's Racial and Ethnic Survey on the back of the survey.

If you are applying based on income eligibility or you are applying based on income and another categorical eligibility (i.e. Foster Child, Head Start, Runaway, Homeless or Migrant), follow the instructions listed below:

STEP 1: List all students' first and last names. Check the box if student does not have income. Optional: Provide date of birth and grade.

Check the appropriate box to indicated whether the student is a Foster Child, Head Start participant, Runaway, Homeless, or Migrant.

STEP 2: Skip this step.

A. Student Income: Report the combined gross income (before taxes and other deductions) for ALL students listed in Step 1 in your household in the box marked "Student Income." Only count foster children's income if you are applying for them together with the rest of your household. It is optional for the household to list foster children living with them as part of the household. Refer to "Sources of Income for Students" below.

B. All Other Household Members (including yourself): Print the name of each household member in the boxes marked "Names of Other Household Members." Do not include people who live with you but are not supported by your household's income and do not contribute income to your household. Do not list any household members listed in STEP 1. If a student listed in STEP 1 has income, follow the instructions in STEP 3, part A.

C. Report Gross Income (total income before taxes and deductions) for each Household Member:

Earnings from work: See "Earnings from Work" below. For example, if a household member is paid \$500.00 bi-weekly, please that amount in the income blank and mark the bi-weekly check box. If you do not normally receive overtime pay, do not include it as part of your reported income.

Income from Public Assistance/Child Support/Alimony: See "Public Assistance/Child Support/Alimony" below. List the total amount each person received from any public assistance programs (do not include income from SNAP, TANF, or FDPIR), child support or alimony. For example: If you receive \$500.00 monthly for child support, please record \$500.00 in the income blank and mark the monthly check box.

Pensions/Retirement/All Other Income: See "Pensions/Retirement/All Other Income" below. Report net income for self-owned business, farm, or rental income. Report gross income for pension or retirement income. Next to the amount, check how often the person receives it. If you are in the Military Housing Privatization Initiative, do not include this housing allowance. Report total household members. The total must equal the count of all names listed on the survey.

STEP 4: Sign the survey. Optional: Provide contact information for purposes of receiving eligibility notification.

STEP 5: If you do not want your information shared with Medicaid/SCHIP and/or school/district programs, you must complete this step.

Optional: Complete the Children's Racial and Ethnic Survey on the back of the survey.

Instrucciones de la Encuesta de datos económicos familiares

Si usted, o alguien en su hogar, recibe SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria), TANF/CO Works (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas); Asistencia Alternativa o Asistencia Básica en Efectivo) o FDPIR (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas), siga las instrucciones a continuación:

PASO 1: Escriba los nombres y apellidos de todos los estudiantes; marque la casilla si el estudiante no tiene ingresos. Opcional: Proporcione la fecha de nacimiento y el grado.

PASO 2: Escriba un número de caso si usted o alguien en su hogar participa en SNAP, TANF o FDPIR.

PASO 3: Omítala.

PASO 4: Firme la encuesta. Opcional: Proporcione información de contacto con el propósito de recibir la notificación de derecho.

PASO 5: Si no desea que su información sea compartida con Medicaid/SCHIP y/o programas de la escuela/distrito, tiene que completar este paso.

Opcional: Conteste la Encuesta Racial y Étnica de los Niños en la parte posterior de la encuesta.

Si está solicitando para un niño en acogida, un estudiante que califica para el programa Head Start de su distrito o un estudiante fugitivo, sin hogar o inmigrante, siga las instrucciones a continuación:

PASO 1: Escriba los nombres y apellidos de todos los estudiantes; marque la casilla si el estudiante no tiene ingresos. Opcional: Proporcione la fecha de nacimiento y el grado. Marque la casilla correspondiente si el estudiante es un niño en acogida, en Head Start, fugitivo, sin hogar o inmigrante.

PASO 2: Omítala.

PASO 3: Omítala.

PASO 4: Firme la encuesta. Opcional: Proporcione información de contacto con el propósito de recibir la notificación de cumplimiento con los requisitos.

PASO 5: Si no desea que su información sea compartida con Medicaid / SCHIP y/o programas de la escuela/distrito, tiene que completar este paso.

Opcional: Conteste la Encuesta Racial y Étnica de los Niños en la parte posterior de la encuesta.

Si está solicitando con base en ingresos o está solicitando con base en ingresos y otra categoría (es decir, niños en acogida, en Head Start, fugitivo, sin hogar o inmigrante), siga las instrucciones a continuación:

PASO 1: Escriba los nombres y apellidos de todos los estudiantes; marque la casilla si el estudiante no tiene ingresos. Opcional: Proporcione la fecha de nacimiento y el grado. Marque la casilla correspondiente si el estudiante es un niño en acogida, en Head Start, fugitivo, sin hogar o inmigrante.

PASO 2: Omítala esta parte.

PASO 3:

A. **Ingresos del estudiante:** Anote el ingreso bruto combinado (antes de impuestos y otras deducciones) en la casilla "Ingresos de estudiante" para TODOS los estudiantes en su hogar mencionados en el Paso 1. Solo incluya el ingreso de un niño en acogida si usted está solicitando para él/ella junto con el resto de su hogar. Es opcional que el hogar incluya a los niños en acogida que viven con ellos como parte del hogar. Consulte "Fuentes de ingresos de estudiantes" a continuación.

B. **Todos los demás miembros del hogar (incluyéase a sí mismo):** Escriba el nombre de cada miembro del hogar en las casillas "Nombres de otros miembros del hogar". No incluya a las personas que viven con usted, pero que no son mantenidas con los ingresos de su hogar y no contribuyen a los ingresos a su hogar. No incluya ninguno de los miembros de la familia que usted mencionó en el PASO 1. Si un estudiante mencionado en el PASO 1 tiene ingresos, siga las instrucciones en el PASO 3, parte A.

Informe los ingresos brutos (ingreso total antes de impuestos y deducciones) para cada miembro de su hogar:

- **Ganancias del trabajo:** ejemplo: Vea "Ingresos por trabajo" a continuación. Si se le paga \$ 500.00 cada dos semanas, por favor escriba \$ 500.00 en el espacio de ingresos en blanco y marque la casilla "cada dos semanas". Si normalmente no recibe pago por horas extra, no lo incluya en sus ingresos informados.

Ingresos de Asistencia Pública/Manutención de hijos/Manutención de cónyuge: Vea "Asistencia pública/Manutención de hijos/Manutención de cónyuge" a continuación. Escriba el monto total que cada persona recibió de cualquier programa de asistencia pública (no incluya **ingresos de SNAP, TANF o FDPIR, manutención de hijos o manutención del cónyuge**). Por ejemplo: Si recibe \$ 500.00 mensuales por manutención de hijos, por favor escriba \$ 500.00 en el espacio de ingresos en blanco y marque la casilla "mensual".

- **Pensiones/Jubilación/Otros ingresos:** Vea "Pensiones/Jubilación/Otros ingresos" a continuación. Informe el ingreso neto de los negocios propios, ganancias o ingresos por alquiler. Informe el ingreso bruto de los ingresos de pensión o jubilación. Junto a la cantidad, marque la frecuencia con la que la persona lo recibe. Si usted es parte de la Iniciativa de privatización de viviendas militares, no incluya este subsidio de vivienda.

Informe el total de miembros del hogar. El total tiene que ser igual a todos los nombres mencionados en la encuesta.

Provea los últimos cuatro números del número de Seguro Social (SSN), o "Marque si no tiene SSN".

PASO 4: Firme la encuesta. Opcional: Proporcione información de contacto con el propósito de recibir la notificación de cumplimiento con los requisitos.

PASO 5 Si no desea que su información sea compartida con Medicaid/SCHIP y/o programas de la escuela/distrito, tiene que completar este PASO.

Opcional: Conteste la Encuesta Racial y Étnica de los Niños en la parte posterior de la encuesta.

Sources of Income to Report:

Sources of Income for Students: Earnings from work Social Security – Disability or Survivor's payments Any other type of regularly received income	Earnings from Work: Wages/salaries/tips Strike benefits Unemployment Compensation Worker's Compensation Net income from self-owned business or farm	Public Assistance/Child Support/Alimony: Public assistance payments Welfare payments Alimony payments Child support payments	Pensions/Retirement/All Other Income: Pensions Supplemental Security Income Retirement income Veteran's benefits Social Security Disability benefits Cash regularly withdrawn from savings Interest/Dividends Income from Estates/Trusts/Investments Regular contributions from people not living in the household Net royalties/annuities/rental income Any other regularly received income
---	---	---	---

Fuentes de ingreso que tiene que informar:

Fuentes de ingresos de estudiantes:

- Ganancias del trabajo
- Seguro Social- Incapacidad o pagos del sobreviviente
- Cualquier otro tipo de ingreso que recibe regularmente

Ingresos por trabajo:

- Sueldos/salarios/propinas
- Beneficios de huelga
- Compensación por desempleo
- Compensación del trabajador
- Ingresos netos de un negocio propio o granja

Asistencia pública /Manutención de hijos/Manutención de cónyuge:

- Pago de asistencia pública
- Pago de asistencia Social
- Pago de manutención de cónyuge
- Pago de manutención de hijos

Pensiones/Jubilación/Otros ingresos:

- Pensiones
- Ingreso Suplementario de Seguridad
- Ingreso de jubilación
- Beneficios de veterano
- Seguro Social
- Beneficios por discapacidad
- Dinero retirado regularmente de cuenta de ahorros
- Intereses/Dividendos
- Ingresos de propiedades/Fideicomisos/Inversiones
- Contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar
- Regalías netas/anualidades/ingresos por alquiler
- Cualquier otro ingreso que recibe regularmente

Sierra Grande School 2020-2021 Family Economic Data Survey

Complete one survey per household. Please use a pen (not a pencil).

STEP 1 List all student's attending Granite School (If more spaces are required for additional names, attach another sheet of paper)

SIEA | L'ISTITUTO ITALIANO DI STUDI SULL'ESTERISMO

HABITUAL USELESSNESS, SELECIION, AND OUTCOME 300

www.sierragrandeschool.net

www.sierragrandeschool.net

Student's First Name		MI		Student's Last Name	
No Income	M	M	Birth Date	D	Grade
	M	D	Y	Y	Y
Check all that apply.					
<input type="checkbox"/> Read Federal Economic Data Survey Application Instructions for more information.					

Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF)/Colorado Works – Basic Cash Assistance or State Diversion), or Food Distribution

Program on Indian Reservations (FDP/IR). Provide case number and skip to Step 4.

WILM. CASE IN NUMBER 1000

MATERIALS AND METHODS

• Student Income

...בְּנֵי יִשְׂרָאֵל וְבְנֵי יִהוָה, כַּאֲמִתְּבָּחֶן, כַּאֲמִתְּבָּחֶן.

All Other Household Members (including yourself)

TOTAL GROSS
List all other household members not listed in Step 1 (including yourself) even if they do not receive income. For each household member listed, if they do receive income, report **TOTAL GROSS** BEFORE TAXES AND OTHER DEDUCTIONS for each source in whole dollars (no cents) only. If they do not receive income from any source, write '0'. If you enter '0' or leave any fields blank, you

certifying that there is no income to report.

Local Household Members (Spouse(s) and Adults)

EP 4 Contact information and adult signature Mail signed and completed application to:

Mailing Address or PO Box _____ **Apt. # or Lot #** _____ **City** _____ **Zip Code** _____
Email Address _____

Phone 55

Do NOT share my information with any programs

DISTRICT USE ONLY. DO NOT WRITE BELOW THIS LINE.

Annual Income Conversion: Weekly 52; Bi-Weekly 26; 2 Times per Month 24; Monthly 12

Survey Type:

Total Household Income: \$ _____ Household Size: _____

Household Income Frequency - Weekly Bi-Weekly 2x/Month Monthly Annually

Household Income Frequency - Weekly Bi-Weekly 2x/Month Monthly Annually

Categorical Eligibility - SNAP FDPIR TANF Foster

Homeless/Migrant/Runaway/Head Start

Survey Status:

Approved - Free Reduced

Denied - Over Income Guidelines Incomplete/Missing:

Notes: _____

Determining Official Signature: _____

Approval/Denial Date: _____

Notification Sent: _____

DISTRICT USE ONLY. DO NOT WRITE BELOW THIS LINE.

Annual Income Conversion: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; 2 Times per Month x 24; Monthly x 12

Survey Type:

Total Household Income: \$ _____ Household Size: _____

Household Income Frequency - Weekly Bi-Weekly 2xMonth Monthly Annually

Categorical Eligibility - SNAP FDPIR TANF Foster

Homeless/Migrant/Runaway/Head Start

Survey Status:
 Approved - Free Reduced

Denied - Over Income Guidelines Incomplete/Missing:
Notes: _____

Determining Official Signature: _____

Approval/Denial Date: _____

Notification Sent: _____