



# MT. HEALTHY CITY SCHOOLS

## DEPARTAMENTO DE SERVICIO DE ALIMENTOS

7615 Harrison Avenue, Cincinnati, Ohio 45231  
 Phone (513) 728-4972 · Fax (513) 742-6025  
[www.mthcs.org](http://www.mthcs.org)

### ENCUESTA DE INFORMACIÓN DEL HOGAR 2023-2024

El Distrito Escolar de la Ciudad de Mt. Healthy participará en la Provisión de Elegibilidad de la Comunidad (CEP) bajo el Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP). Bajo esta opción, todos los estudiantes 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 a su edificio escolar si sus ingresos están dentro o por debajo de las pautas enumeradas en la siguiente tabla.

#### DIRECTRICES DE INGRESOS - 185%

Las Guías entrarán en vigencia desde el 1 de julio de 2023 hasta el 30 de junio de 2024

Número de personas en la familia o en el hogar	Anual	Mensual	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Semanal
1	\$26,973	\$2,248	\$1,124	\$1,038	\$519
2	36,482	3,041	1,521	1,404	702
3	45,991	3,833	1,917	1,769	885
4	55,500	4,625	2,313	2,135	1,068
5	65,009	5,418	2,709	2,501	1,251
6	74,518	6,210	3,105	2,867	1,434
7	84,027	7,003	3,502	3,232	1,616
8	93,536	7,795	3,898	3,598	1,799
Para cada miembro adicional agregue	+9,509	+793	+397	+366	+183

**\*\* IMPORTANTE \*\*** A partir del 1 de julio de 2017, las exenciones de pagos de años escolares anteriores ya no serán aceptadas ni procesadas. Los pagos solo se exoneran durante el año escolar actual.

Los formularios de exención de pagos deben completarse cada año y devolverse a la oficina de la tesorera a más tardar el 15 de abril. Las exenciones de pagos después de esta fecha no serán procesadas ni aceptadas.

**Por favor complete el formulario en su totalidad, adelante y atrás. Los formularios incorrectos o incompletos retrasarán el procesamiento de su solicitud de exención de pagos.**

Si algún miembro de su hogar recibe beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) (conocido como cupones de alimentos) o beneficios de Ohio Works First (OWF), proporcione el nombre y el número de caso de 7 a 10 dígitos de la persona que recibe los beneficios y luego continúe con la Sección 4.

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de Caso 7-10 Dígitos: \_\_\_\_\_

This institution is an equal opportunity provider

**INSTRUCCIONES:** Complete esta encuesta en su totalidad y regresela a la escuela de su hijo o envíela por correo a la siguiente dirección: oficina de Tesorería del Distrito Escolar de Mt. Healthy, 7615 Harrison Avenue, Cincinnati, OH 45321

Las siguientes selecciones deben ser completadas por el jefe de familia o la persona designada:

- Tamaño de la Familia** –Indique el número total de individuos viviendo en su hogar, incluyendo todos los adultos y niños. \_\_\_\_\_
- Información estudiantil** – Complete para cada estudiante de Pre-K al grado 12.

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento MM-DD-Y Y	Escuela	Identificar: H = Sin Hogar M = Migrante R = Fugitivo F = Adoptivo
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**.

- TOTAL MENSUAL DE INGRESOS EN EL HOGAR** – Reporte el ingreso de todos los miembros del hogar, excepto los niños adoptivos. Si ha reportado un número de caso arriba, no complete esta sección. Continúe con la sección 4.

<b>Tipos de Ingresos</b>	<b>Ingreso</b>	<b>Circule si NO hay ingreso</b>
Ganancias mensuales brutas: sueldos, salarios, comisiones	\$	Ninguno
2. Pagos mensuales de bienestar, manutención infantil, pensión alimenticia	\$	Ninguno
3. Pagos mensuales de pensiones, jubilación, seguridad social	\$	Ninguno
4. Beneficios mensuales o intereses en ahorros	\$	Ninguno
5. Compensación laboral mensual, desempleo, beneficio de huelga	\$	Ninguno
6. Otros ingresos mensuales (SSI, VA, discapacidad, granja, otros)	\$	Ninguno
<b>Ingreso mensual total del hogar (Sume las líneas 1-6)</b>	\$	

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

Confirmando (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se reportan todos los ingresos. 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 la información. Entiendo que, si doy información falsa a propósito, mi hijo puede perder los beneficios y puede ser procesado.

**Firme Aquí:** X \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Últimos 4 dígitos de su Seguro Social:** XXX-XXX-\_\_\_\_  No tengo un número de Seguro Social

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad/Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_ **Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

By Providing your email address, you may be contact via email by the district

<b>For Internal Office Use Only:</b>	
Please circle one option.	
QUALIFIES	DOES NOT QUALIFY