

Gary ISD Independent School District
Community Eligibility Provision (CEP)-PEIMS Income Survey 2020-2021

CONFIDENCIAL

Nombre del estudiante: _____

Identificación del Estudiante# _____ Grado: _____

Fecha de nacimiento _____ Campus: EL PRI MS HS

Se requiere que Gary ISD recopile e informe el estado socioeconómico de cada estudiante a la Agencia de Educación de Texas a los fines de las calificaciones anuales de rendición de cuentas estatales y de los informes federales. Tenga en cuenta que este formulario no se envía a la Agencia de Educación de Texas y que los niveles de ingresos indicados para su familia no se informan a la Agencia de Educación de Texas. Solo el estado de Desventaja Económica de cada estudiante según lo determinado por la información provista se informa a la Agencia de Educación de Texas.

Sección A

¿Recibe Asistencia Nutricional Complementaria (SNAP) Sí No # _____

¿Recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitadas?(TANF)? Sí No # _____

Si respondió SI en cualquiera de las opciones anteriores, omita la SECCIÓN B y continúe con la sección FIRMA.

SECCIÓN B (Complete solo si todas las respuestas en la SECCIÓN A son NO)

Ingresos para Miembros Adultos del Hogar (inclúyase a usted mismo, pero no los niños)
Haga una lista de todos los miembros del hogar (incluyéndose a usted mismo) incluso si no reciben ingresos. Para cada miembro del hogar en la lista, si recibe ingresos, informe el ingreso total (sin deducciones) para cada fuente en dólares enteros solamente. Indique la frecuencia de los ingresos: W = Semanal, E = Cada 2 semanas, T = Dos veces al mes, M = Mensual, A = Anualmente. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si escribe "0" o deja algún espacio en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que declarar.

Nombre/ Apellido (Incluya niños con ingresos)	Ingresos de empleo (Escriba la cantidad)	Frecuencia (Marque uno)	Asistencia pública / Manutención infantil/ Pensión alimenticia (Escriba el monto)	Frecuencia (Marque uno)	Pensiones / Jubilación / Seguro social / Seguridad de ingreso suplementario (Escriba el monto)	Frecuencia (Marque uno)	Todo ingreso adicional (Escriba el monto)	Frecuencia (Marque uno)
1.	\$	WETMA	\$	WETMA	\$	WETMA	\$	WETMA
2.	\$	WETMA	\$	WETMA	\$	WETMA	\$	WETMA
3.	\$	WETMA	\$	WETMA	\$	WETMA	\$	WETMA
4.	\$	WETMA	\$	WETMA	\$	WETMA	\$	WETMA
5.	\$	WETMA	\$	WETMA	\$	WETMA	\$	WETMA
6.	\$	WETMA	\$	WETMA	\$	WETMA	\$	WETMA
7.	\$	WETMA	\$	WETMA	\$	WETMA	\$	WETMA
8.	\$	WETMA	\$	WETMA	\$	WETMA	\$	WETMA

Total de miembros del hogar (cuenta todos los niños y adultos que viven en el hogar) _____

Certifico que toda la información en este formulario es verdadera y que se informan todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales y que se evaluará su responsabilidad en función de la información que proporcione.

Nombre principal (Impreso): _____

Firma: _____

Fecha: _____ Testigo: _____