

CPS FAMILY INCOME INFORMATION FORM 2019-2020

School Name (Nombre de Escuela): _____

The purpose of this form is for CPS to obtain information about families' income to determine school funding. CPS and your school may receive additional funding based on the number of low-income families enrolled. Please complete this form and return it to the school's main office. - (El propósito de este formulario de CPS es obtener información sobre el ingreso de las familias para determinar los fondos escolares. CPS y su escuela pueden recibir fondos adicionales basados en la cantidad de familias de bajos recursos matriculadas. Por favor, complete este formulario y envíelo a la oficina de la Escuela)

Part 1 – HOUSEHOLD INFORMATION (INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR)

List names of all members of your household living with you. (Escriba los nombres de todas las personas que viven en su hogar.)

*Foster Children (legal responsibility of welfare agency or court)

Foster Child? (¿Hijo de Crianza?)	CPS Student? (Estudiante de CPS?)	All Household Member Names (Last (Apellido) First (Nombre) MI (Inicial))	Date of Birth (Fecha de Nacimiento)	DHS Case Number (Número de Caso del DHS)	Homeless, Migrant, Runaway or Head Start (Inicio)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		/ /		<input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Runaway <input type="checkbox"/> Head Start
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		/ /		<input type="checkbox"/> Homeless, Migrant, Runaway or Head Start
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		/ /		Liaison Signature
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		/ /		Date (Fecha)

Parents - Please return form to school by September 30, 2019.

Schools - Please enter into ODA by October 16, 2019

Part 4 – List Household Members With Income (SKIP THIS IF YOU ANSWERED ANY OF STEPS 2 OR 3) Enter the amount of income and how often it is received for each household member. (Nombras de los integrantes de su hogar que perciben ingresos. Para cada uno, indique sus ingresos y cada cuánto los recibe). DEJE EN BLANCO si ha completado la Sección 2 o 3 de este formulario.

Frequency (Frecuencia): Weekly (Semanalmente) Every 2 Weeks (Cada dos semanas) Twice Monthly (Dos veces al mes) Monthly (Mensualmente) Annually (Anualmente)

OTHER INCOME can be but not limited to Welfare, Child Support, Retirement, Social Security, Worker's Comp. and Unemployment.

Household Member Names With Income (First (Nombre) MI (Inicial) Last (Apellido))	Gross Income (before deductions) (Ingresos Brutos)	Frequency			Other Income (Todos Otros Ingresos)	Frequency			
		Weekly	Every 2 Weeks	Monthly		Annually	Weekly	Every 2 Weeks	Monthly
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Part 5 – Opt In of information about other benefits. (Otros Beneficios)

YES! I am interested in applying for a waiver of instructional fees. Si Me interesa aplicar por la exoneración del pago de enseñanza.

YES! I am interested in applying for the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) and/or health insurance. Si Me interesa aplicar para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y/o la tarjeta médica. If you have questions about these programs, please call 773-553-KIDS (5437). Si tiene preguntas sobre estos programas, llame al 773-553-KIDS (5437).

Signature (Firma): _____

Part 6 – Signature (Firma)

I certify that all above information is true and all income is reported. I understand that information gathered from this form will be used to calculate federal funding eligibility for the school and that school officials may verify (check) the information as being accurate, and that if I purposely give false information, I may be prosecuted. (Certifico que toda la información indicada arriba es verdadera y que he reportado todos nuestros ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos del gobierno federal basado en la información en este formulario y que los funcionarios escolares puedan verificar la fidelidad de la información, y si doy información falsa intencionalmente, me pueden llevar a juicio).

Signature of adult household member (Firma del miembro adulto del hogar)

Parent / Guardian First Name (Nombre del adulto del hogar)

Parent / Guardian Last Name (Apellido del adulto del hogar)

Address (Dirección postal o de domicilio)

Zip Code (Código Postal)

Date (Fecha)

SCHOOL USE ONLY Initial Determination:

ELIGIBLE (FREE OR REDUCED)

INELIGIBLE (DENIED, N/A OR ?)