

CPS FAMILY INCOME INFORMATION FORM 2019-2020

Parents - Please return form to school by September 30, 2019.
 Schools - Please enter into ODA by October 18, 2019.

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 entréguelo 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 (Numero de Caso del DHS) | <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Runaway <input type="checkbox"/> Head Start |
|-----------------------------------|------------------------------------|--|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | / / | | | Homeless, Migrant, Runaway or Head Start Liaison Signature _____ Date (Fecha) _____ |
| <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 2: DHS Case number of any member of your household (go to step 6)
 (Nº de caso de DHS de cualquier integrante de su hogar (pase al n°6))

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. (Nombres 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 contestado la Sección 2 o 3 de esta solicitud.)
 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) | | | | Other Income (Todos Otros Ingresos) | | | |
|--|--|---------------|---------|----------|-------------------------------------|---------------|---------|----------|
| | Weekly | Twice Monthly | Monthly | Annually | Weekly | Twice Monthly | Monthly | Annually |
| | \$ | | | | \$ | | | |
| | \$ | | | | \$ | | | |
| | \$ | | | | \$ | | | |
| | \$ | | | | \$ | | | |

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 pueden 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) _____

Address (Dirección postal o de domicilio) _____

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

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

Zip Code (Código Postal) _____

Date (Fecha) _____

SCHOOL USE ONLY Initial Determination: ELIGIBLE (FREE OR REDUCED) INELIGIBLE (DENIED, N/A OR ?)

CONFIRMATION (Only for those applications selected for verification)

Signature of Confirming Official : (REQUIRED)

Date:

Part 7 - Children's Racial and Ethnic Identities (Optional)

Mark one ethnic identity: Hispanic / Latino Not Hispanic / Latino

Mark one or more racial identities: Asian White Black / African American American Indian / Alaska Native Native Hawaiian / Other Pacific Islander

INSTRUCTIONS FOR COMPLETING FAMILY INCOME INFORMATION FORM

IF YOUR HOUSEHOLD RECEIVES BENEFITS FROM SNAP/TANF, FOLLOW THESE INSTRUCTIONS: Part 1: List all of the household members and date of birth (for students). (Attach another application if necessary.) Part 2: List the case number of any household member that corresponds with their name in Part 1. Do not use your Medicare card number. Skip to Part 5; if you are interested in sharing application information with All Kids or SNAP agencies, check the box and sign. Part 6: Sign the Form. Part 7: Check the appropriate box to indicate your racial and ethnic identities.

IF YOU ARE APPLYING FOR A HOMELESS, MIGRANT, RUNAWAY, OR HEAD START CHILD, FOLLOW THESE INSTRUCTIONS: Part 1: List all of the household members and date of birth (for students). Skip to Part 3: Check the appropriate box: obtain date and signature of Homeless, Migrant, or Runaway Liaison/Coordinator. Skip to Part 5; if you are interested in sharing application information with All Kids or SNAP agencies, check the box and sign. Part 7: Check the appropriate box to indicate your racial and ethnic identities.

IF YOU ARE APPLYING FOR A FOSTER CHILD, FOLLOW THESE INSTRUCTIONS: If all children in the household are foster children: Part 1: List Students name, date of birth and check the box for "Foster Child" to the left of your foster child's name. Skip to Part 5; if you are interested in sharing application information with All Kids or SNAP agencies, check the box and sign. Part 6: Sign the Form.

If some children in the household are foster children: Part 1: List Students name, date of birth and check the box for "Foster Child" to the left of your foster child's name. Skip to Part 4; Follow the instructions under ALL OTHER HOUSEHOLDS INSTRUCTIONS (Part 4) below. Part 5: If you are interested in sharing application information with All Kids or SNAP agencies, check the box and sign. Part 6: Sign the Form. Part 7: Check the appropriate box to indicate your racial and ethnic identities.

ALL OTHER HOUSEHOLDS, FOLLOW THESE INSTRUCTIONS: Part 1: List all of the household members and date of birth (for students). Skip to Part 4: Follow these instructions to report total household income:

Column 1, Name: List the first and last name of each person in your household who receives income, related or not (such as grandparents, other relatives, or friends. Attach another sheet of paper, if necessary.). **Columns 2 & 3 Gross Income Amounts and Frequency:** The Gross Income is the amount earned before taxes and other deductions. It should be noted on pay stubs. This is not the same as take-home pay. List the amount each person receives from these sources. Round to the nearest dollar. **All other sources of income** should also be noted on this application. Next to each amount fill in the circle that indicates how often the person receives their stated income (weekly, every other week, twice a month, monthly, or annually). If you do not wish to disclose your income, please note "decline to answer" in this section. Be aware that if you are low-income, failure to share household income information could reduce the funds your school may otherwise receive. **Part 5:** If you are interested in sharing application information with Medicaid or SNAP agencies, check the box and sign. **Part 6:** Sign the Form. **Part 7:** Check the appropriate box to indicate your racial and ethnic identities.

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD

SI SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE SNAP/TANF, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES: Sección 1: Escriba el nombre de cada persona en su hogar y fecha de nacimiento (de alumnos). (Adjunte otra solicitud, si es necesario.) Sección 2: Escriba el número de caso correspondiente a cada persona que recibe SNAP/TANF. No escriba el número de la tarjeta médica. Avance a Sección 5: Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de All Kids (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque el cuadrado y firme. Sección 6: Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. Sección 7: Marque los cuadrados que correspondan a su identidad racial y étnica.

SI USTED ESTÁ APLICANDO DE PARTE DE UN NIÑO(A) SIN HOGAR, EMIGRANTE, FUGITIVO(A) O NIÑO EN EL PROGRAMA HEAD START, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES: Sección 1: Escriba el nombre de cada persona en su hogar y fecha de nacimiento (de alumnos). Avance a Sección 3: Marque el cuadrado que corresponda y obtenga la fecha y firma del coordinador escolar de alumnos sin hogar, emigrantes o fugitivos. Avance a Sección 5: Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de All Kids (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque el cuadrado y firme. Sección 7: Marque los cuadrados que correspondan a su identidad racial y étnica.

SI USTED ESTA APLICANDO DE PARTE DE UN HIJO DE CRIANZA, SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES: Si todos los niños en el hogar son hijos de crianza: Sección 1: Escriba el nombre, fecha de nacimiento y marque el cuadrado "Hijo de Crianza" al lado del nombre de su(s) hijo(a)s de crianza. Avance a Sección 5: Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de All Kids (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque el cuadrado y firme. Sección 6: Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. Si algunos, pero no todos, los niños en el hogar son hijos de crianza: Sección 1 Escriba el nombre, fecha de nacimiento y marque el cuadrado "Hijo de Crianza" al lado del nombre de su(s) hijo(a)s de crianza. Avance a Sección 4: **Siga las instrucciones bajo TODOS LOS DEMÁS HOGARES (Sección 4) más abajo.** Avance a Sección 5: Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de All Kids (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque el cuadrado y firme. Sección 6: Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. Sección 7: Marque los cuadrados que correspondan a su identidad racial y étnica.

TODOS LOS DEMÁS HOGARES, SIGAN ÉSTAS: Sección 1: Escriba el nombre de cada persona en su hogar y fecha de nacimiento (de alumnos). (Adjunte otra solicitud, si es necesario.). Avance a Sección 4: Siga estas instrucciones para reportar el ingreso total de su hogar:

Columna 1, Nombre: Escriba nombre y apellido de cada persona que vive en su hogar que recibe ingresos, sea paciente o no (tales como abuelos, otros pacientes o amigos. Si es necesario, puede adjuntar una hoja adicional.). **Columnas 2 & 3, Ingreso Bruto y cada cuánto es recibido:** El Ingreso Bruto es la cantidad ganada antes de restar impuestos y otras deducciones. Esa suma se encuentra generalmente en el talón del cheque de pago. No es lo mismo que el dinero que se lleva a la casa. Escriba la cantidad que cada persona recibe de estas fuentes de ingreso. No incluyan los centavos. **Todas** las fuentes de ingreso deben ser anotadas en esta solicitud. Al lado de la cantidad, marque el cuadrado que indica la frecuencia con que la persona recibe el ingreso (semanalmente, cada dos semanas, dos veces por mes, mensualmente o anualmente). Avance a Sección 5: Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de Medicaid (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque el cuadrado y firme. Sección 6: Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. Sección 7: Marque los cuadrados que correspondan a su identidad racial y étnica.