

ANGÉLICA INFANTE-GREEN
Commissioner

HARRISON PETERS
Superintendent



Providence Public School District
Food Services
379 Washington Street
Providence, RI 02903
tel. 401.456.9311
fax 401.456.9314
www.providenceschools.org

August 31, 2020

Dear Parent/Guardian,

We are pleased to inform you that Providence Public Schools will be participating in a new option available to schools as part of the National School Lunch and School Breakfast Program called the Community Eligibility Provision (CEP) for the School Year 2020-2021.

All students enrolled in our schools are eligible to receive a healthy breakfast and lunch at school at NO CHARGE to your household each day of the 2020-2021 school year.

We are asking that you fill out and sign the Household Income Survey, which is needed for administrative purposes, not to determine eligibility. This survey allows our schools to benefit from various State and Federal supplemental programs like Title I A, At Risk (31a), Title II A, E-Rate, etc. This survey is critical in determining the amount of money our schools receive from a variety of supplemental programs. We are asking that you please complete and submit it as soon as possible.

All information on the survey submitted is confidential. Without your assistance, our schools cannot maximize utilization of available State and Federal funds.

If you have any questions, please contact the Food Service Office at (401) 456-9311.

Sincerely,

Providence School Department

Providence Public Schools Household Income Survey

School Year 2020-2021

Please fill in the survey below, then sign and return to your child's school.

PART I: What Children Live in Your Home?

List Name of Child(ren) in School (K through grade 12)						Name of School	Grade Level	Foster Child? Y or N
Last	Middle	First						
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

PART II: How many people are in your Home?

Circle the number of people in your home: 1 2 3 4 5 6 7 8 Other _____

PART III: Does anyone in your house hold get SNAP or RI Works Benefits?

If yes, fill in below. Then skip to PART V

Does any member of your Home get SNAP or RI Works Benefits?

If yes, write their:

Name: _____ and Case Number: _____

PART IV: Who has Income in Your Home? (if you listed a name & case number above, skip this part)

Gross Home Income and how often it was received:

List Home Members	Amount if Paid Once a Week	Amount if Paid Twice a Month	Amount if Paid Every 2 Weeks	Amount if Paid Once a Month	Amount if Paid Once a Year
1..	\$	\$	\$	\$	\$
2.	\$	\$	\$	\$	\$
3.	\$	\$	\$	\$	\$
4.	\$	\$	\$	\$	\$
5.	\$	\$	\$	\$	\$
All other Income	\$	\$	\$	\$	\$

PART V: Adult Signs

I promise this information provided is true. I have included all income.

Date

Sign as the Adult Household Member

Print Your Name Here

Family Address (number, street, city, state)

Phone number or Cell Phone number

1. Who should I count in "Home Size"?

- Include yourself and all people living in your home who share income and expenses.
 - This could include children, foster children, grandparents, other relatives, or friends who live with you.

2. What is counted in "Total Home Income"?

- **Gross earnings from work:**
 - Gross income is the amount **earned before** taxes and other deductions are taken out of your pay - it's not your "take-home" pay!
 - Gross earnings usually can be found on your pay stub.
 - Net income should only be listed for self-owned business, farm, or rental income.
- **RI Works, Child Support, Alimony**
- **Pensions, Retirement, Social Security, Supplemental Security Income (SSI), Veteran's benefits (VA benefits), and disability benefits**
- **Military Housing Allowances and Combat Pay:**
 - Include off-base housing allowances.
- **All Other Income:**
 - Worker's compensation
 - Unemployment or strike benefits
 - Regular contributions from people who do not live in your household, and
 - Any other income received.
- **Do not include income from:**
 - WIC
 - Federal education benefits and
 - Foster payments received by your household.
 - Military Privatized Housing Initiative or combat pay

Overtime Pay: Include overtime pay ONLY if you receive it on a regular basis.

Have you lost your job recently? Enter zero for income

3. How do I list income if some people are paid weekly, or twice per month, or every 2 weeks, monthly, or once a year?

Here are some examples of how to list income on the front of this survey:					
List Home Members who have income:	Amount if Paid <u>Once a week</u>	Amount if Paid <u>Twice a Month</u>	Amount if Paid <u>Every 2 Weeks</u>	Amount if Paid <u>Once a Month</u>	Amount if Paid <u>Once a Year</u>
1. Mary Bazil	If Mary earns \$175 each week – list it here		If Mary earns \$20 every 2 weeks – list it here	If Mary gets \$100 each month in child support – list it here	
2. David Waters		If David earns \$233 2 times a month – list it here		If David receives \$75 from SSI each month – list it here	

SCHOOL USE ONLY			
Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24, Monthly x 12			
Total Income \$: _____ per: <input type="checkbox"/> Week <input type="checkbox"/> Every 2 Weeks <input type="checkbox"/> Twice A Month <input type="checkbox"/> Month <input type="checkbox"/> Year Household size: _____	Up to 100% of FPG based on: <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Runaway <input type="checkbox"/> income <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> SNAP or RI Works <input type="checkbox"/> Foster Child <input type="checkbox"/> Household's Income	Between 100% and 185% of FPG based on: <input type="checkbox"/> Household's income	Over 185% of FPG based on: <input type="checkbox"/> Household's Income
Signature of Determining Official _____		Date _____	
<i>The information submitted on this form is a confidential educational record and is therefore protected by all relevant federal and state privacy laws that pertain to educational records including, without limitation, the Family Educational Rights and Privacy Act of 1974 (FERPA), as amended (20 U.S.C. § 1232g; 34 CFR Part 99).</i>			

ANGÉLICA INFANTE-GREEN
Commissioner

HARRISON PETERS
Superintendent



Providence Public School District
Food Services
379 Washington Street
Providence, RI 02903
tel. 401.456.9311
fax 401.456.9314
www.providenceschools.org

31 de Agosto, 2020

Estimado padre/guardián,

Nos complace informarle que las Escuelas Públicas de Providence participarán en una nueva opción disponible a las escuelas como parte del Programa Nacional de Almuerzo y Desayuno Escolar denominado Provisión para Comunidades Elegibles (CEP, por sus siglas en inglés) para el ciclo escolar 2020-2021.

Todos los estudiantes inscritos en nuestras escuelas son elegibles para recibir un desayuno y almuerzo saludable en la escuela SIN COSTO a los hogares todos los días durante el ciclo escolar 2020-2021.

Le pedimos que complete y firme la Encuesta de Ingreso en el Hogar (*Household Income Survey*), la cual es necesaria para propósitos administrativos, y no para determinar elegibilidad. Esta encuesta le permite a nuestras escuelas beneficiarse de varios programas suplementarios del Estado y Federales como Título I A, En Riesgo (31a), Título II A, E- Tarifa, etc. Esta encuesta es crítica para determinar la cantidad de dinero que nuestras escuelas reciben de una variedad de programas suplementarios. Le pedimos que por favor la complete y entregue lo más pronto posible.

Toda la información que se reciba de la encuesta será confidencial. Sin su ayuda, nuestras escuelas no pueden aprovechar al máximo los fondos estatales y federales disponibles.

Si tiene preguntas, favor de contactar la Oficina de Servicios de Alimentos al (401) 456-9311.

Atentamente,

Departamento Escolar de Providence

Escuelas Públicas de Providence Encuesta Sobre Ingreso Familiar

Año Escolar 2020-2021

Complete la encuesta a continuación, firme y envíela a la escuela de su niño.

PARTE I: ¿Qué niños viven en su hogar?

Escriba el nombre de los niños que asisten a la escuela (desde el jardín de infantes hasta el 12.º grado)			Nombre de la escuela	Grado escolar	¿Hijo adoptivo? Sí o No
Apellido	Segundo nombre	Nombre de pila			
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

PARTE II: ¿Cuántas personas viven en su hogar?

Encierre en un círculo la cantidad de personas que viven en su hogar: 1 2 3 4 5 6 7 8 Otro _____

PARTE III: ¿Alguna persona que vive en su hogar goza de los beneficios del programa SNAP o RI Works?

Si la respuesta es sí, complete debajo. Luego dirijase a la PARTE V.

¿Alguna persona que vive en su hogar goza de los beneficios del programa SNAP o RI Works?

Si la respuesta es sí, complete la siguiente información:

Su nombre: _____ y su número de caso: _____

PARTE IV: ¿Quién recibe ingresos en su hogar? (Si escribió un nombre y un número de caso arriba, saltee esta parte)

Ingreso familiar neto y frecuencia con la que se recibió:

Enumere a las personas que viven en su hogar	Monto cobrado por semana, si hubiera	Monto cobrado dos veces al mes, si hubiera	Monto cobrado cada quince días, si hubiera	Monto cobrado por mes, si hubiera	Monto cobrado una vez al año, si hubiera
1..	\$	\$	\$	\$	\$
2.	\$	\$	\$	\$	\$
3.	\$	\$	\$	\$	\$
4.	\$	\$	\$	\$	\$
5.	\$	\$	\$	\$	\$
Otros ingresos	\$	\$	\$	\$	\$

PARTE V: Firmas de adultos

Certifico que la información brindada es verdadera. He incluido todos los ingresos.

Fecha

Firma del miembro adulto del hogar

Su nombre en imprenta

Domicilio familiar (número, calle, ciudad, estado)

Número de teléfono o celular

1. ¿A quiénes debo contar como "integrantes del grupo familiar"?

- Inclúyase a usted mismo y a todas las personas que viven en su hogar y que comparten ingresos y gastos.
 - Estas personas podrían ser hijos, hijos adoptivos, abuelos, otros parientes o amigos que vivan con usted.

2. ¿Qué se cuenta en el "ingreso familiar total"?

- **Ingresos laborales brutos:**
 - El ingreso bruto es el monto de dinero que gana **antes** de descontar los impuestos y otras deducciones de su salario. No es su salario "de bolsillo".
 - Las ganancias brutas son las que normalmente figuran en su recibo de salario.
 - Se debe informar el ingreso neto sólo de los negocios propios, las granjas o el ingreso por alquileres.
- **RI Works, pensión para hijos menores, cuota alimentaria**
- **Pensiones, jubilación, seguridad social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), subsidios para veteranos (subsidios del VA) y subsidios por discapacidad**
- **Concesiones para militares para costear viviendas y paga por combate:**
 - Incluya las concesiones para viviendas particulares.
- **Otros ingresos:**
 - Indemnización por accidente laboral
 - Indemnización por desempleo o por huelga
 - Contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar
 - Cualquier otro tipo de ingreso que reciba
- **No incluya los ingresos provenientes de:**
 - WIC
 - Subsidios federales para educación
 - Pagos por acogida temporal recibidos en su hogar
 - Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares o paga por combate

Salario por horas adicionales: Incluya el salario por horas adicionales SOLAMENTE si lo recibe regularmente.

¿Ha perdido su empleo recientemente? Escriba cero para el ingreso.

3. ¿Cómo enumero los ingresos si algunas personas cobran semanalmente, dos veces al mes, cada quince días, mensualmente o una vez al año?

A continuación encontrará algunos ejemplos de cómo enumerar los ingresos en el frente de esta encuesta:					
Enumere a las personas que viven en su hogar que perciben un ingreso:	Monto, si hubiera, cobrado por semana	Monto, si hubiera, cobrado dos veces al mes	Monto, si hubiera, cobrado cada quince días	Monto, si hubiera, cobrado por mes	Monto, si hubiera, cobrado una vez al año
1. Mary Bazil	Si Mary gana \$175 por semana, escríbalo aquí.		Si Mary gana \$20 cada quince días, escríbalo aquí.	Si Mary recibe \$100 por mes en concepto de pensión para hijos menores, escríbalo aquí.	
2. David Waters		Si David gana \$233 dos veces por mes, escríbalo aquí.		Si David recibe \$75 por mes en concepto de SSI, escríbalo aquí.	

SOLO PARA USO ESCOLAR			
Conversión del ingreso anual: Semanal x 52 Cada quince días x 26 Dos veces al mes x 24 Mensual x 12			
Ingreso total \$: _____:	Hasta el 100 % del FPG por:		Entre el 100 % y el 185 % del FPG por:
<input type="checkbox"/> Por semana	<input type="checkbox"/> Persona sin hogar	<input type="checkbox"/> Head Start	<input type="checkbox"/> Ingreso familiar
<input type="checkbox"/> Cada quince días	<input type="checkbox"/> Emigrante	<input type="checkbox"/> SNAP o RI Works	<input type="checkbox"/> Ingreso familiar
<input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Fugado	<input type="checkbox"/> Hijo adoptivo	
<input type="checkbox"/> Por mes	<input type="checkbox"/> ingreso	<input type="checkbox"/> Ingreso familiar	
<input type="checkbox"/> Por año			
Integrantes del grupo familiar: _____			
Firma del oficial decisorio _____	Fecha _____		

La información proporcionada en este formulario es un registro educativo confidencial y, por ende, está protegida por todas las leyes de privacidad federales y estatales relevantes que atañen a los registros educativos, que incluyen, entre otras, la Ley Sobre los Derechos de la Familia en Materia de Educación y Privacidad (FERPA) de 1974, con sus enmiendas (20 U.S.C. § 1232g; 34 CFR Parte 99).