

[Use la cuenta de Papel con membrete de Distrito Escolar/escuela

[Cuenta de Fecha de encarte

Queridos Padres,

Usted puede saber que el [Insertan la cuenta de nombre de Distrito Escolar/escuela ha estado participando en el programa de E-precio por el pasado [xx] años. El programa de E-precio es un programa Federal que proporciona escuelas y bibliotecas a través del país con descuentos sustanciales en sus servicios de tecnología.

Estos descuentos reducen los gastos de nuestro servicio telefónico, acceso de Internet, y las uniones internas que usamos para construir y mantener las redes de ordenador que unen nuestras aulas. El tamaño de los descuentos que recibimos está basado en el nivel de ingresos de las familias de nuestros estudiantes. Nuestra biblioteca pública local también se beneficia ya que ésta comparte nuestra tasa de descuento. Los descuentos también ahorran al distrito y a los contribuyentes una cantidad de dinero sustancial.

Necesitamos su ayuda, para tener derecho al descuento más grande aceptable, proveyéndonos de alguna información muy general. Por favor pase un minuto para llenar y devolver la revisión adjunta [a la cuenta de nombre/dirección de la persona de contacto de Encarte] antes [cuenta de fecha de Encarte]. **Esta información permanecerá confidencial y será relatada sólo como un grupo total, no por familias individuales, y no será usada para ningún objetivo además del E-precio.**

Las pautas de ingresos en la revisión adjunta son las mismas como aquellas usadas para la participación en el Programa de Almuerzo Gratis y Reducido. Sin embargo, ya que las respuestas a la revisión serán guardadas confidenciales, contestando sí a cualquiera de las preguntas en la forma adjunta no hará a sus niños elegibles para recibir almuerzos de precios Gratis o Reducidos. En cambio, si usted tiene niños a quienes le gustaría matricularse en el Programa de Almuerzo Gratis y Reducido, por favor póngase en contacto [con la cuenta de nombre/dirección/número de teléfono de la persona de contacto de Encarte.]

Gracias por su participación ayudandó [Insertan la extensión de cuenta de nombre de Distrito Escolar/escuela] a extendió sus recursos para servir mejor a todos nuestros estudiantes. Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame nuestra oficina en [cuenta de número de teléfono de Encarte.

Gracias,

[Cuenta de nombre

[Cuenta de título

[Use la cuenta de Papel con membrete de Distrito Escolar/escuela

Revisión de Familia de E-precio – 2017/2018

Por favor complete y devuelva la revisión abajo. Es importante que usted nos devuelva esta forma aun si sus ingresos no encuentran ninguno de estos criterios para la revisión para ser considerada una medida válida.

(Por favor Imprima)

Apellido \_\_\_\_\_

Dirección de la Calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Cremallera \_\_\_\_\_

I. Por favor intente contestar las preguntas puestas en una lista abajo. Salte cualquier pregunta a la que usted no sabe la respuesta.

Rodee el número de la gente en su familia en la carta abajo, incluso todos los niños:

El Tamaño de Familia (rodean un)	Ingresos Anuales	Ingresos Mensuales	Ingresos Semanales
1	22,311 dólares	1,860 dólares	430 dólares
2	30,044 dólares	2,504 dólares	578 dólares
3	37,777 dólares	3,149 dólares	727 dólares
4	45,510 dólares	3,793 dólares	876 dólares
5	53,243 dólares	4,437 dólares	1,024 dólares
6	60,976 dólares	5,082 dólares	1,173 dólares
7	68,709 dólares	5,726 dólares	1,322 dólares
8	76,442 dólares	6,371 dólares	1,471 dólares
Para cada uno adicional el miembro de familia añade	+ 7,733 dólares	+ 645 dólares	+ 149 dólares

¿Los ingresos de su familia son iguales a o menos que cualquiera de las cantidades puestas en una lista al lado del número que usted rodeó?      Sí \_\_\_\_\_      No \_\_\_\_\_

¿Sus niños son elegibles para el NSLP (Programa de Almuerzo Escolar Nacional) cuál proporciona almuerzos gratis o reducidos, desayunos, bocados o leche en su escuela (s)? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Su familia es elegible para vales de comida? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Su familia es elegible para la asistencia médica bajo el Seguro de enfermedad? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Recibe su familia la Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF)? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Recibe su familia Ingresos de Seguridad Suplementarios (SSI)? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Recibe su familia la ayuda de alojamiento (la sección 8)? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Recibe su familia la ayuda de energía de casa (LIHEAP)? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

II. Para hacer valida esta encuesta, por favor ponga los nombres en una lista de todos los alumnos que viven en su casa, incluso a cual escuela ellos asisten.

Nombre de Niño	Escuela	Grado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

La vuelta completó la revisión: [la cuenta de nombre y dirección de la persona de contacto de encarte. Recuerde, los resultados de esta revisión serán guardados confidenciales. Usted tendrá que ponerse en contacto [con la cuenta de nombre/dirección/número de teléfono de la persona de contacto de Encarte] si usted desea matricular a cualquiera de sus niños en el Programa de Almuerzo Gratis y Reducido.

Llame [el nombre de la persona de contacto de Encarte y la cuenta de número de teléfono] si usted tiene alguna pregunta sobre llenar esta forma.