# **Nota: El formulario esta disponible en Español comenzando en la pagina 5.**

# Supplemental low-income data collection form (Summer/Fall 2022)

Dear families,

As you may know, our charter school receives additional state and local funding to support learning for students whose families are identified as low income. The Massachusetts Department of Elementary and Secondary Education identifies most of these students already based on their participation in public assistance programs, but not all. We are sending you this form and asking you to complete it because we think your child may be a student who is eligible to be counted as low-income for school aid purposes, but is not currently being identified.

**Please be aware that this is a voluntary process. Families are not required to submit this information.**

This Supplemental Low-Income Data Collection Form is not an application for free or reduced-price school meals, and this form will in no way impact your child’s access to free or reduced-price lunch and breakfast if your child already accesses these benefits.

The information that families provide on this form and any supporting documentation will be kept by the charter school. It will only be used by the school or the Massachusetts Department of Elementary and Secondary Education to verify household income to determine the state and local funding that the charter school will receive.

Please follow the steps outlined below to complete the form and return it along with the required supporting documentation to Estevan Puerta (Director of Community Engagement) via email [epuerta@excelacademy.org](mailto:epuerta@excelacademy.org) or mail it to 180 2nd Street, Chelsea, MA 02150 by Friday September 2nd, 2022. If you need assistance completing any portion of the form or gathering other required information, please contact Yanluis Santos at 857-400-4138 or [ysantos@excelacademy.org](mailto:ysantos@excelacademy.org).

## STEP 1: Income requirements

**In the table below, identify the total number of people in your household.** Be sure to include all children and adults, related and un-related, that live in a single dwelling and share income and expenses.

**Confirm whether your ANNUAL household income falls within the qualifying range based on the size of your household.** Make sure to include all income sources, including: work, public assistance, child support, alimony, pensions, retirement, Social Security, Supplemental Security Income (SSI), unemployment insurance, veterans benefits, child income and/or all other income. Report gross income, before any deductions for taxes, insurance, medical expenses, child support, etc.

Your household must the income requirements for your household size in order to be identified as low income for school aid purposes.

| **If your household includes this number of children and adults...** | **and the combined annual income for all people in the household** **is in this range...** | **then check this box.** |
| --- | --- | --- |
| 2 | $0 - $33,874 | q |
| 3 | $0 - $42,606 | q |
| 4 | $0 - $51,338 | q |
| 5 | $0 - $60,070 | q |
| 6 | $0 - $68,802 | q |
| 7 | $0 - $77,534 | q |
| 8 | $0 - $86,266 | q |

| **If household has more than 8 people, fill in the following:** | |
| --- | --- |
| Number of children/adults: \_\_\_\_\_\_\_ | ANNUAL Income: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **To be completed by the district/school:** | **Based on federal guidelines, does the household qualify based on size and combined annual income? If so, check this box and provide your initials:**  q **Initials:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

## STEP 2: Student information

**List all students in the household who are or will be enrolled in [the school district/charter school] as of October 1, 2021.** If additional students should be included, please add rows below this table.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Completed by families** | | |  | **Completed by the district/school** |
| **First name** | **Last name** | **Grade** |  | **SASID** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

## STEP 3: Supporting documentation

Please provide one or more of the following sources of evidence to verify your annual household income. Any documents submitted should provide proof of one month’s income; you can use the month prior to application or the month you applied. *Check all sources that apply.*

|  |  |
| --- | --- |
| q | ***Jobs:*** Paycheck stub or pay envelope that shows the amount and how often the pay is received; letter from employer stating gross wages and how often you are paid; or, if you work for yourself, business or farming papers, such as ledger or tax books. |
| q | ***Social Security, pensions, or retirement:*** Social Security retirement benefit letter, statement of benefits received, or pension award notice. |
| q | ***Unemployment, disability, or worker’s compensation:*** Notice of eligibility from state employment security office, check stub, or letter from the worker’s compensation’s office. |
| q | ***Public Assistance:*** Benefits letter from the MassachusettsDepartment of Transitional Assistance for SNAP or TAFDC, or the Executive Office of Health and Human Services for MassHealth. |
| q | ***Child Support or Alimony:*** Court decree, agreement, or copies of checks received. |
| q | ***Other income (such as rental income):*** Information that shows the amount of income received, how often it is received, and the date received. |
| q | ***No income:*** A brief note explaining how you provide food, clothing, and housing for your household, and when you expect an income. |
| q | ***Military Housing Privatization Initiative:*** Letter or rental contract showing that your housing is part of the Military Privatized Housing Initiative. |

## STEP 4: Community contact

If your household is not able to provide adequate supporting documentation as listed in Step 3 above, then a **community contact** must provide written evidence to support the household’s range of combined annual income reported above in Step 1.

A *community contact* is a person outside of your household who knows about your household’s circumstances and can attest to your household’s income range selected in Step 1. Community contacts include social service agencies, religious organizations, and other community groups.

|  |  |
| --- | --- |
| Name of community contact and organizational affiliation | |
| Organization address [Street, City, State, Zip Code] | |
| Contact information | |
| Signature | Today’s date |

## STEP 5: Adult signature and contact information

By signing this form, I certify (promise) that all information on this application is true and that all income is reported.

|  |  |
| --- | --- |
| Name of adult completing the form (printed) | |
| Household address (if available) [Street, City, State, Zip Code] | |
| Contact information | |
| Signature | Today’s date |

| DO NOT FILL OUT THIS PART. THIS IS FOR SCHOOL USE ONLY. |
| --- |

*I have reviewed the above information and documentation and have concluded that it is properly and completely filled out to the best of my knowledge.*

|  |  |
| --- | --- |
| Name of district or charter school official (printed) | |
| Signature | Today’s date |

All costs associated with distributing, collecting, and reviewing these household income forms must be paid for with funds outside of the school food service account.

Please note that a community contact (if provided) cannot be an employee of the student’s district/charter school or any individual receiving payments from the district/charter school to manage or administer the income verification process. This form cannot be certified if the community contact meets either of these criteria.

# Formulario complementario de recopilación de datos sobre hogares de bajos ingresos (Verano / Otoño 2022)

Estimadas familias:

Como sabrán, nuestra escuela autónoma recibe fondos estatales y locales adicionales para apoyar el aprendizaje de los alumnos cuyas familias se identifican como de bajos ingresos. El Departamento de Educación Primaria y Secundaria de Massachusetts ya identifica a la mayoría de estos alumnos en función de su participación en programas de asistencia pública, pero no a todos. Le enviamos este formulario y le pedimos que lo llene porque creemos que su hijo puede ser contabilizado como un alumno de bajos ingresos con fines de asistencia escolar, pero hasta el momento no se le ha identificado como tal.

**Por favor, tenga en cuenta que este es un proceso voluntario. Las familias no están obligadas a enviar esta información.**

Este Formulario complementario de recopilación de datos sobre hogares de bajos ingresos no es una solicitud para comidas escolares gratuitas o a precio reducido, y este formulario no afectará de ninguna manera el acceso de su hijo a los almuerzos y desayunos gratuitos o a precio reducido si su hijo ya recibe estos beneficios.

La escuela autónoma conservará la información que las familias proporcionen en este formulario y cualquier documentación de respaldo. Solo será utilizado por la escuela o el Departamento de Educación Primaria y Secundaria de Massachusetts para verificar los ingresos del hogar con el fin de definir los fondos estatales y locales que recibirá la escuela autónoma.

Siga los pasos que se describen a continuación para llenar el formulario y devolverlo junto con la documentación de respaldo requerida a Estevan Puerta (Director de Relaciones Comunitarias) enviándolo por correo electrónico [epuerta@excelacademy.org](mailto:epuerta@excelacademy.org) o por correo a la dirección 180 2nd Street, Chelsea, MA 02150 antes del viernes 2 de septiembre. Si necesita ayuda para llenar cualquier parte del formulario o recopilar otra información requerida, comuníquese con Yanluis Santos llamando al 857-400-4138 o escribiendo a [ysantos@excelacademy.org](mailto:ysantos@excelacademy.org).

## PASO 1: Requisitos de ingresos

**En la siguiente tabla, indique el número total de personas que viven en su hogar.** Asegúrese de incluir a todos los niños y adultos, sean familiares o no, que viven en una sola vivienda y comparten ingresos y gastos.

**Confirme si su ingreso familiar ANUAL se encuentra dentro del rango de calificación según el tamaño de su hogar.** Asegúrese de incluir todas las fuentes de ingresos, incluidos: trabajo, asistencia pública, manutención de los hijos, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), seguro de desempleo, beneficios para veteranos, ingresos por hijo a cargo y/o todos los demás ingresos. Indique los ingresos brutos, antes de cualquier deducción por impuestos, seguros, gastos médicos, pensión alimenticia, etc.

Su hogar debe cumplir con los requisitos de ingresos según el tamaño de su hogar para ser identificado como de bajos ingresos con fines de asistencia escolar.

| **Si su hogar incluye este número de niños y adultos...** | **y el ingreso anual combinado de todas las personas en el hogar está en este rango...** | **entonces, marque esta casilla.** |
| --- | --- | --- |
| 2 | $0 - $33.874 | q |
| 3 | $0 - $42.606 | q |
| 4 | $0 - $51.338 | q |
| 5 | $0 - $60.070 | q |
| 6 | $0 - $68.802 | q |
| 7 | $0 - $77.534 | q |
| 8 | $0 - $86.266 | q |

| **Si el hogar tiene más de 8 personas, llene lo siguiente:** | |
| --- | --- |
| Número de niños / adultos: \_\_\_\_\_\_\_ | Ingresos anuales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Para ser llenado por el distrito / escuela:** | **Según las pautas federales, ¿califica el hogar en función del tamaño y el ingreso anual combinado? Si es así, marque esta casilla y escriba sus iniciales:**  q **Iniciales:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

## PASO 2: Información del alumno

**Enumere todos los alumnos que viven en el hogar que están o estarán inscritos en [el distrito escolar / escuela autónoma] a partir del 1 de octubre de 2021.** Si se deben incluir alumnos adicionales, agregue filas debajo de esta tabla.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lo deben llenar las familias** | | |  | **Lo debe llenar el distrito / la escuela** |
| **Primer nombre** | **Apellido** | **Grado** |  | **SASID** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

## PASO 3: Documentación de respaldo

Por favor, proporcione una o más de las siguientes fuentes de evidencia para verificar el ingreso anual de su hogar. Todos los documentos presentados deben proporcionar prueba de los ingresos de un mes; puede ser el mes anterior a la solicitud o el mes en que presentó la solicitud. *Marque todas las fuentes que correspondan.*

|  |  |
| --- | --- |
| q | ***Trabajo:*** talonario de cheque de pago o sobre de pago que muestre la cantidad y la frecuencia con la que se recibe el pago; carta del empleador que indique los salarios brutos y la frecuencia con la que se le paga; o, si trabaja por su cuenta, documentos comerciales o agrícolas, como libros de contabilidad o de impuestos. |
| q | ***Seguro Social, pensiones o jubilación:*** carta de beneficios de jubilación del Seguro Social, declaración de beneficios recibidos o notificación de concesión de pensión. |
| q | ***Desempleo, discapacidad o compensación laboral:*** notificación de elegibilidad de la oficina estatal de seguridad laboral, talón de cheque o carta de la oficina de compensación laboral. |
| q | ***Asistencia pública:*** carta de beneficios del Departamento de Asistencia Transitoria de Massachusetts con respecto al Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) o Ayuda Transitoria para Familias con Niños Dependientes (TAFDC, por sus siglas en inglés), o la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos con respecto a MassHealth. |
| q | ***Cuota de manutención o pensión alimenticia:*** decreto judicial, acuerdo o copias de cheques recibidos. |
| q | ***Otros ingresos (como ingresos por alquiler):*** información que muestre el monto de los ingresos recibidos, la frecuencia con la que se reciben y la fecha en que se reciben. |
| q | ***Sin ingresos*:** una nota breve que explique cómo proporciona alimentos, ropa y vivienda para su hogar, y cuándo espera obtener ingresos. |
| q | ***Iniciativa de Privatización de Vivienda Militar:*** carta o contrato de alquiler que muestre que su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Vivienda Militar. |

## PASO 4: Contacto comunitario

Si su hogar no puede proporcionar la documentación de respaldo adecuada como se indica en el Paso 3 anterior, entonces un **contacto comunitario** debe proporcionar evidencia por escrito para respaldar el rango de ingresos anuales combinados del hogar que se reportó arriba en el Paso 1.

Un *contacto comunitario* es una persona que no vive en su hogar y que conoce la situación del mismo y puede dar fe del rango de ingresos de su hogar seleccionado en el Paso 1. Los *contactos comunitarios* incluyen agencias de servicios sociales, organizaciones religiosas y otros grupos comunitarios.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del contacto comunitario y afiliación organizacional | |
| Dirección de la organización [calle, ciudad, estado, código postal] | |
| Información de contacto | |
| Firma | Fecha de hoy |

## PASO 5: Firma del adulto e información de contacto

Al firmar este formulario, certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he declarado todos los ingresos.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del adulto que llena el formulario (en letra de imprenta) | |
| Dirección del hogar (si está disponible) [calle, ciudad, estado, código postal] | |
| Información de contacto | |
| Firma | Fecha de hoy |

| NO LLENE ESTA PARTE. ESTO ES PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE. |
| --- |

*He revisado la información y la documentación anteriores y concluí que se ha llenado de forma correcta y completa según mi leal saber y entender.*

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del funcionario del distrito o de la escuela autónoma (en letra de imprenta) | |
| Firma | Fecha de hoy |

Todos los costos asociados con la distribución, recolección y revisión de estos formularios de ingresos familiares deben pagarse con fondos que no pertenezcan a la cuenta del servicio de alimentos de la escuela.

Por favor, tenga en cuenta que el contacto comunitario (si se proporciona) no puede ser un empleado del distrito / escuela autónoma del alumno ni ninguna persona que reciba pagos del distrito / escuela autónoma para gestionar o administrar el proceso de verificación de ingresos. Este formulario no se puede certificar si el contacto comunitario cumple con alguno de estos criterios.