



St. Helena School of Hobbs, Inc.

105 E. St. Anne St.
Hobbs, NM 88240
575-392-5405

La "Ley para el Mejoramiento de las Escuelas de Estados Unidos" fue aprobada por el Congreso de los Estados Unidos y entro en vigor el 1 de julio de 1995. Entre otras cosas, esto nos obliga a recoger ciertos datos de cada familia. Esta información es importante para nosotros para continuar participando en los programas federales que benefician a nuestros estudiantes. Nosotros podemos recibir fondos de Título I del sistema de educación pública. Esta información se mantendrá en confidencialidad estricta.

Encuesta Familiar para Programas Federales

Año Escolar: _____

Nombre de Padre/Guardián(s): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Hijos/as: Nombre: _____ Grado: _____

Nombre: _____ Grado: _____

Nombre: _____ Grado: _____

Nombre: _____ Grado: _____

- A. Encuentre el tamaño de su familia (todos los adultos y niños viviendo con usted) en el lado izquierdo de la tabla. Fíjese de todas las cifras que están puestas por semana, mes, y el año. Compare sus ingresos y responder a las preguntas B-E.

Tamaño de Familia	Ingreso Por Semana	Ingreso Por Mes	Ingreso Por Año
1	\$ 419.00	\$ 1,815.00	\$ 21,775.00
2	\$ 567.00	\$ 2,456.00	\$ 29,471.00
3	\$ 715.00	\$ 3,098.00	\$ 37,167.00
4	\$ 863.00	\$ 3,739.00	\$ 44,836.00
5	\$ 1,011.00	\$ 4,380.00	\$ 52,559.00
6	\$ 1,159.00	\$ 5,022.00	\$ 60,225.00
7	\$ 1,307.00	\$ 5,663.00	\$ 67,951.00
8	\$ 1,456.00	\$ 6,304.00	\$ 75,647.00
Cada persona adicional:	\$ 148.00	\$ 642.00	\$ 7,969.00

- B. ¿Su ingreso es menos que la cantidad enumerada? S / N
- C. ¿Está recibiendo asistencia en del Programa de Ayuda a Familias con Hijos Dependientes? S / N
- D. ¿Alguno de sus hijos son elegibles para recibir asistencia médica bajo el programa de Medicaid? S / N
- E. ¿Su familia participa en el programa de Estampías (Food Stamps)? S / N
- F. No hemos contestado las preguntas anteriores, porque no deseamos compartir esta información por escrito. S / N