

**THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA**

**ALTERNATE INCOME VERIFICATION FORM**

Please list all students in your household who attend school, list the grade they entered/or will enter on their first day, and their school. Attach an additional sheet if entering more than six students.

Date of Birth	First Name	Last Name	Student ID	Grade	School

Address: \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Circle your household size below, and then answer the following questions:

Household Size (Circle One)	Estimated Annual Income (As Reported to IRS)	Monthly Income	If Paid Two Times A Month per mo.	If Paid Every Two Weeks	Weekly Income
-1-	27,861	2,322	1,161	1,072	536
-2-	37,814	3,152	1,576	1,455	728
-3-	47,767	3,981	1,991	1,838	919
-4-	57,720	4,810	2,405	2,220	1,110
-5-	67,673	5,640	2,820	2,603	1,302
-6-	77,626	6,469	3,235	2,986	1,493
-7-	87,579	7,299	3,650	3,369	1,685
-8-	97,532	8,128	4,064	3,752	1,876
For each additional family member add	9,953	830	415	383	192

- [A] Is your income equal to, or less than, any of the amounts listed next to the number you circled?  Y  N
- [B] Is your family participating in the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) - Oregon Trail Card?  Y  N
- [C] Is your family participating in Temporary Aid to Needy Families (TANF)?  Y  N
- [D] Is your family receiving Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR)?  Y  N
- [E] Do your students receive migrant, homeless, or runaway education services?  Y  N

**Certification: I certify that the above information is, to the best of my knowledge, true and complete.**

Parent Name: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

Parent Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA**

**FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE INGRESO ALTERNO**

Favor de anotar a todos los estudiantes de su hogar que asisten a la escuela, escriba el grado en el que entraron/ o que van a entrar el primer día y su escuela. Adjunte una hoja adicional si va a anotar más de seis estudiantes.

Fecha de nacimiento	Nombre	Apellido	ID del Estudiante	Grado	Campus

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**Circule el tamaño de su hogar a continuación y luego conteste las siguientes preguntas:**

Tamaño del Hogar (Circule uno)	Ingreso Anual Estimado (Como reportado a la agencia IRS)	Ingreso Mensual	Si recibe su pago dos veces al mes	Si recibe su pago cada dos semanas	Ingreso Semanal
-1-	27,861	2,322	1,161	1,072	536
-2-	37,814	3,152	1,576	1,455	728
-3-	47,767	3,981	1,991	1,838	919
-4-	57,720	4,810	2,405	2,220	1,110
-5-	67,673	5,640	2,820	2,603	1,302
-6-	77,626	6,469	3,235	2,986	1,493
-7-	87,579	7,299	3,650	3,369	1,685
-8-	97,532	8,128	4,064	3,752	1,876
Por cada miembro adicional de la familia añadida	9,953	830	415	383	192

- [A] ¿Es su ingreso igual o menor que alguna de las cantidades que aparecen al lado del número que usted circuló?  Si  No
- [B] ¿Está su familia participando en el Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) - Oregon Trail Card?  Si  No
- [C] ¿Está su familia participando en el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)?  Si  No
- [D] ¿Está su familia recibiendo servicios del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas ( FDIPIR)?  Si  No
- [E] ¿Reciben sus hijos servicios educativos para estudiantes migrantes, sin hogar o que han abandonado su hogar?  Si  No

**Certificación: Certifico que la información anterior es, según mi conocimiento, cierta y completa.**

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_