

PIONEER TECHNICAL CENTER

ENCUESTA PARTE JUSTA 2017-2018

PARTE 1. INFORMACION DEL ESTUDIANTE				
NOMBRE DEL ESTUDIANTE	FECHA DE NACIMIENTO	GRADO	MARQUE SI NO TIENE INGRESOS	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
PARTE 2. BENEFICIOS				
SI CUALQUIER MIEMBRO DE SU CASA RECIBE CALFRESH, CALWORKS, KIN-GAP O FDIPIR, PROVEA EL NOMBRE Y EL NUMERO DEL CASO DE LA PERSONA QUE ESTA RECIBIENDO ESTOS BENEFICIOS Y PROSIGA A LA PARTE 4. SI NADIE RECIBE ESTOS BENEFICIOS SIGA A LA PARTE 3.				
NOMBRE: _____ NUMERO DE CASO: _____				
PARTE 3. EL TOTAL DEL INGRESO BRUTO DEL HOGAR. Tiene que decirnos cuanto y cuan a menudo.				
1. NOMBRE (Solamente ponga los miembros del hogar que tienen ingresos)	2. INGRESO BRUTO Y CUAN A MENUDO LO RECIBE			
	Ganancias obtenidas en el trabajo antes de las deducciones	Asistencia social, manutención de los hijos, pensión de manutención para ex cónyuges	Pensiones, jubilación, seguro social, ingreso suplementario de seguridad, beneficios para veteranos	Todos los otros ingresos
<i>(Ejemplo) Jane Smith</i>	<u>\$199.99/semanalmente</u>	<u>\$149.99/cada otra semana</u>	<u>\$99.99/mensualmente</u>	<u>\$50.00/mensualmente</u>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
PARTE 4. FIRMA Y LOS ULTIMOS CUATRO NUMEROS DE SU SEGURO SOCIAL (UN ADULTO DEBE FIRMAR)				
Un miembro adulto del hogar debe firmar esta aplicación. Si la Parte 3 ha sido completada, el adulto que firme la forma debe proveer también los últimos cuatro números de su seguro social o marcar la cajilla, "No tengo un número de seguro social."				
<i>Yo certifico (prometo) que toda la información es cierta y correcta.</i>				
Firme aquí: _____ Escriba su nombre: _____				
Fecha: _____				
Domicilio: _____ Número de telefono: _____				
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____				
Los últimos cuatro números de su seguro social: *** - * * - _____ <input type="checkbox"/> No tengo un número de seguro social				
Tamaño total de la familia = _____ (Por favor incluya a todos los niños y adultos)				

La información que se presenta en este formulario es un registro académico confidencial y por lo tanto está protegida por todas las leyes de confidencialidad federales y estatales que conciernen a los registros académicos incluyendo, entre otros, la Ley de Confidencialidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) de 1974, en su forma enmendada (artículo 1232g del título 20 del Código de los EE.UU. [U.S.C.]; parte 99 del título 34 del Código de Reglamentos Federales [CFR]); el título 2, división 4, parte 27, capítulo 6.5 del Código de Educación de California (California Education Code), comenzando en la sección 49060 y siguientes.; la Ley de Prácticas Informativas de California [California Information Practices Act] (sección 1798 y siguientes del Código Civil de California [California Civil Code]) y el artículo 1, sección 1 de la Constitución de California.