

Dover City Schools
228 W. 6th Street
Dover OH 44622
330-364-1906

HOUSEHOLD INFORMATION SURVEY

Dover City Schools will participate in the Community Eligibility Provision (CEP) under the National School Lunch Program (NSLP). Under this option, all children in the school receive a breakfast/lunch at no charge regardless if they complete this form. However, to determine eligibility for various additional state and federal program benefits that your child's school may qualify for, please complete, sign and return this application to your school building if your income falls within or below the guidelines listed in the following chart.

INCOME GUIDELINES – 185% Guidelines to be effective from July 1, 2024 through June 30, 2025

Number of persons in family or household size	Annual	Monthly	Twice per month	Every two weeks	Weekly
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
Each additional member add	+9,953	+830	+415	+383	+192

If any member of your household receives Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (formerly food stamps) or Ohio Works First (OWF) benefits, provide the name and 7 -digit case number for the person who receives the benefits then proceed to Section 4. If no one receives these benefits, start with Section 1.

Name: _____ 7-digit Case Number: _____

INSTRUCTIONS: Complete this survey and return to your child's school or mail to the following address:

Dover City Schools, 228 W 6th Street, Dover OH 44622 330-364-1906

The following selections must be completed by the Head of Household or Designee:

- 1. SIZE OF FAMILY** - Indicate the total number of individuals living in your household, including all adults and children:
- 2. STUDENT INFORMATION** - Complete for each student Pre-K through grade 12.

Last Name	First Name	Birth Date MM-DD-YY	School	Identify: H = Homeless M = Migrant R = Runaway F = Foster
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

For additional lines, please attach a second sheet to this survey or attach a copy of this survey clearly marked as Page 2.

- 3. TOTAL MONTHLY HOUSEHOLD INCOME** – Report income for all members of household excluding foster children. If you have reported a case number above, please do not complete this section. Proceed to section 4.

Type of Income	Income	Circle if No Income
1. Gross Monthly Earnings: Wages, Salary, Commissions	\$	None
2. Monthly Welfare Payments, Child Support, Alimony	\$	None
3. Monthly Payments from Pensions, Retirement, Social Security	\$	None
4. Monthly Dividends or Interest on Savings	\$	None
5. Monthly Worker's Compensation, Unemployment, Strike Benefit	\$	None
6. Other Monthly Income (SSI, VA, Disability, Farm, other)	\$	None
Total Monthly Household Income (Add lines 1-6)	\$	

- 4. SIGNATURE** - If income section is completed, the adult signing the form must also list the last four (4) digits of his or her Social Security number or check the "I do not have a Social Security number" box below.

I certify (promise) that all information on this application is true and that all income is reported. I understand the school will be eligible for certain federal and/or state funds based on the information I give. I understand that the school officials may verify (check) the information. I understand that if I purposely give false information, my child may lose benefits and I may be prosecuted.		
Sign Here: X _____ Print Name: _____ Date _____		
Last Four (4) Digits of Social Security Number: XXX-XX-____ ☐ I do not have a Social Security Number		
Address _____		City _____ Zip Code _____
Home Phone _____	Work Phone _____	Email Address _____
By providing your email address, you may be contact via email by the district.		

For Internal Office Use Only:

Please circle one option.

QUALIFIES

DOES NOT QUALIFY

Escuelas de
Dover
228 W. 6th Street
Dover OH 44622
330-364-1906

ENCUESTA DE INFORMACIÓN DE HOGARES

Las escuelas de la ciudad de Dover participarán en la Disposición de Elegibilidad Comunitaria (CEP, por sus siglas en inglés) del Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP, por sus siglas en inglés). Con esta opción, todos los niños de la escuela reciben un desayuno o almuerzo sin cargo, independientemente de si completan este formulario. Sin embargo, para determinar la elegibilidad para varios beneficios adicionales del programa estatal y federal para los que la escuela de su hijo puede calificar, complete, firme y devuelva esta solicitud al edificio de su escuela si sus ingresos se encuentran dentro o por debajo de las pautas que se enumeran en la siguiente tabla.

DIRECTRICES SOBRE INGRESOS – 185 % Directrices que entrarán en vigor desde el 1 de julio de 2024 hasta el 30 de junio de 2025

Número de personas en la familia o tamaño del hogar	Anual	Mensual	Dos veces al mes	Cada dos semanas	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
Cada miembro adicional agrega	+9,953	+830	+415	+383	+192

Si algún miembro de su hogar recibe beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) (anteriormente cupones de alimentos) o de Ohio Works First (OWF), proporcione el nombre y el número de caso de 7 dígitos de la persona que recibe los beneficios y luego continúe con la Sección 4. Si nadie recibe estos beneficios, comience con la Sección 1.

Nombre: _____ Número de caso de 7 dígitos: _____

INSTRUCCIONES: Complete esta encuesta y devuélvala a la escuela de su hijo o envíela por correo a la siguiente dirección: Dover City Schools, 228 W 6th Street, Dover OH 44622 330-364-1906
El jefe de familia o su designado deberá completar las siguientes selecciones:

1. **TAMAÑO DE LA FAMILIA** - Indique el número total de personas que viven en su hogar, incluidos todos los adultos y niños:
2. **Información de estudiante** - Completar para cada estudiante desde Pre-K hasta el grado 12.

Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento	Escuela	Identificar: H = Sin hogar M = Migrante R = Fugitivo F = Hogar de acogida
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

Para líneas adicionales, adjunte una segunda hoja a esta encuesta o adjunte una copia de esta encuesta claramente marcada como Página 2.

3. **TINGRESO MENSUAL TOTAL DEL HOGAR** – Informe los ingresos de todos los miembros del hogar, excepto los niños de acogida. Si ha informado un número de caso antes, no complete esta sección. Continúe con la sección 4.

Tipo de ingreso	Ingreso	Circulo si no hay nada
1. Ganancias mensuales brutas: sueldos, salarios, comisiones	\$	Nada
2. Pagos mensuales de asistencia social, manutención de los hijos, pensión alimenticia	\$	Nada
3. Pagos mensuales de pensiones, jubilación, seguridad social	\$	Nada
4. Dividendos mensuales o intereses sobre los ahorros	\$	Nada
5. Compensación mensual para trabajadores, desempleo y prestaciones por huelga	\$	Nada
6. Otros ingresos mensuales (SSI, VA, discapacidad, granja, otros)	\$	Nada
Ingresos mensuales totales del hogar (suma las líneas 1 a 6)	\$	

4. **FIRMA** - Si se completa la sección de ingresos, el adulto que firma el formulario también debe incluir los últimos cuatro (4) dígitos de su número de Seguro Social o marcar la casilla "No tengo un número de Seguro Social" a continuación.

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se declaran todos los ingresos. Entiendo que la escuela será elegible para ciertos fondos federales y/o estatales según la información que proporcione. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (verificar) la información. Entiendo que si doy información falsa a propósito, mi hijo puede perder los beneficios y se me puede procesar.		
Firme aquí: X _____ Escribe su nombre: _____ Fecha _____		
☐		
Últimos cuatro (4) dígitos del número de Seguro Social: XXX-XX-__ No tengo numero de Seguro Social.		
Dirección: _____ Ciudad _____ Código postal _____		
Numero de telefono de casa:	Teléfono del trabajo:	Dirección de correo electrónico. Al proporcionar su dirección de correo electrónico, el distrito podrá comunicarse con usted por correo electrónico..

~~Solo para uso interno de la oficina:~~
Marque una opción con un círculo.

NO CALIFICA