

**FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS
2020-2021 DEL PROGRAMA DE BECAS**

La verificación de ingresos es un paso del proceso de solicitud de becas. Su hijo también debe estar inscrito en una escuela participante. El Proceso de verificación de ingresos es importante para que algunas familias determinen si cumplen con los requisitos de bajos ingresos del programa de becas. Si se postula para una beca nueva o para una renovación y califica para bajos ingresos, no tendrá que pagar matrícula que exceda el monto de la beca. Si se postula para una beca nueva o para una renovación de la beca basada en Ingresos (conocida como EdChoice Expansion), debe completar el proceso de verificación de ingresos cada año para que se le otorgue una beca.

Podrá encontrar herramientas útiles en el sitio web del programa de becas: <http://education.ohio.gov/edchoice>. Solo se necesita un formulario de verificación de ingresos por familia, aunque usted tenga más de un hijo que postular para una beca. La oficina del programa de becas no le devolverá documentos, envíe solo copias. **Este formulario y las copias de los documentos sobre ingresos se deben enviar a la dirección que figura abajo EN EL REVERSO DE ESTE**

N.º 1

PADRE PRINCIPAL

NOMBRE: _____
PRIMERO SEGUNDO APELLIDO

ESTADO CIVIL: _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO: F _____ M _____
ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL N.º DE SEG. SOC.: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL DE OHIO: _____ RECIBE INGRESOS: S _____ N _____

TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

Nombre de la escuela privada en la que está inscrito su hijo _____

MENCIONE A TODOS LOS MIEMBROS DE SU HOGAR – Incluya a los alumnos becados, haga una copia de esta página si necesita más espacio.

N.º 2

NOMBRE: _____
PRIMERO SEGUNDO APELLIDO

ESTADO DE LA BECA (MARQUE UNA OPCION): NUEVA _____ RENOVACIÓN: _____ N/C: _____ RECIBE INGRESOS: S _____ N _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO: F _____ M _____
ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL N.º DE SEG. SOC.: _____

RELACIÓN CON USTED: _____

N.º 3

NOMBRE: _____
PRIMERO SEGUNDO APELLIDO

ESTADO DE LA BECA (MARQUE UNA OPCION): NUEVA _____ RENOVACIÓN: _____ N/C: _____ RECIBE INGRESOS: S _____ N _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO: F _____ M _____
ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL N.º DE SEG. SOC.: _____

RELACIÓN CON USTED: _____

N.º 4

NOMBRE: _____
PRIMERO SEGUNDO APELLIDO

ESTADO DE LA BECA (MARQUE UNA OPCION): NUEVA _____ RENOVACIÓN: _____ N/C: _____ RECIBE INGRESOS: S _____ N _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO: F _____ M _____
ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL N.º DE SEG. SOC.: _____

RELACIÓN CON USTED: _____

N.º 5

NOMBRE: _____
PRIMERO SEGUNDO APELLIDO

ESTADO DE LA BECA (MARQUE UNA OPCION): NUEVA _____ RENOVACIÓN: _____ N/C: _____ RECIBE INGRESOS: S _____ N _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO: F _____ M _____
ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL N.º DE SEG. SOC.: _____

RELACIÓN CON USTED: _____

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS 2020-2021 DEL PROGRAMA DE BECAS

LINEAMIENTOS FEDERALES DE POBREZA 2020

Fuente: Off of the Asst. Sec. for Planning & Eval/US Dept of HHS.

Las familias del programa EdChoices califican por ingresos bajos si el ingreso es igual o inferior al 200 % de los lineamientos federales de pobreza. Este cuadro le ayudará a determinar si usted califica.

- La situación de ingresos determina la prioridad para otorgar las becas. También determina si su familia será responsable de pagar alguna matrícula que no esté cubierta por la beca.
- Según la cantidad de personas en su hogar, si su ingreso anual bruto es el monto que figura en el cuadro o menos, usted puede calificar por ingresos bajos.
- El tamaño del hogar se determina por lo siguiente: el estudiante de la beca, la madre biológica o el tutor legal del estudiante de la beca, el cónyuge (también incluye el padre de nacimiento de cualquier niño en el hogar), todos los niños menores de 18 años que el tutor legal o cónyuge también tiene custodia legal.
- Según su hogar, determine de la lista siguiente lo que se adapte a su situación. Por ejemplo: si su situación es la N.º 1 y la N.º 4, envíe los documentos para ambas situaciones.

Número de integrantes en el hogar	Monto anual bruto (200 %)
1	\$25,520
2	\$34,480
3	\$43,440
4	\$52,400
5	\$61,360
6	\$70,320
7	\$79,280
8	\$88,240
Por cada persona adicional, agregue	\$8,960

Debe proporcionar la documentación de todas las fuentes de ingresos de su hogar. Los documentos deben representar sus ingresos ACTUALES. No envíe los documentos originales ya que no se los devolverán.

- 1) Si actualmente está empleado (y tiene el mismo trabajo que tuvo todo el año pasado): **envíe 4 recibos de pago actuales por cada trabajo o sus formularios W-2.**
- 2) Si actualmente está empleado (pero no trabajó en su actividad actual durante todo el año pasado): **envíe 4 recibos de pago actuales por cada trabajo.**
- 3) Si es empleado por cuenta propia: **envíe una copia de los formularios de impuesto sobre la renta de 2019, inclusive el Anexo C (la Declaración de ganancias y pérdidas).** Si usted es autónomo: **Envíe una copia de su declaración de impuestos federales 2019 incluyendo todos los horarios.**
- 4) Si recibe otras fuentes de ingresos: (p. ej., **cupones de alimentos/beneficio de OHIO Works First (OWF), manutención por hijo, beneficio por desempleo, beneficio del Seguro social, etc.:**) **envíe copias de la documentación oficial que demuestra cuánto recibe de cada una. Ejemplo:** Si actualmente trabaja y recibe cupones de alimentos y manutención por hijo, debe enviar cuatro recibos de pago actuales, documentación oficial que demuestre cuánto recibe en cupones de alimentos y documentación oficial que demuestre cuánto recibe de manutención por hijo.
- 5) **Si usted no tiene ingresos o no tiene talones de pago o W-2: por favor proporcione su transcripción de impuestos Federales del IRS 2019 (WWW. IRS.GOV)**

SOBRE LOS INGRESOS

Primer nombre y apellido	Nombre del empleador o de la fuente de ingreso	Monto bruto Antes de impuestos	Frecuencia con que lo recibe
Ejemplo: John Smith	Empleo – Kroger	\$1200	Cada dos semanas
Ejemplo: John Smith	Manutención por hijo	\$475	Mensual

X SE REQUIERE LA FIRMA DEL TUTOR LEGAL PRINCIPAL _____ FECHA _____

DEVUELVA ESTE FORMULARIO Y TODAS LAS COPIAS DE LOS DOCUMENTOS SOBRE LOS INGRESOS A LA DIRECCIÓN QUE FIGURA A CONTINUACIÓN.

Ohio Department of Education, Scholarship Program Office 25 S. Front Street, Mail Stop 309 Columbus, Ohio 43215

NO SE ACEPTAN FAXES
Haga clic aquí para ir a la página 1