



Local Control Funding Form 2020-21

This form is based on family income as of October 1, 2020 and helps ensure your child's school gets the funding it deserves. Please support your school by completing this form. Please note this form is confidential. Information will not be shared with outside parties.

School Name: Mike Choate Center

Student Name: _____ Student Grade: _____ Teacher: _____

Student Name: _____ Student Grade: _____ Teacher: _____

Student Name: _____ Student Grade: _____ Teacher: _____

Step One: Count the number of people living in your household and provide your total monthly income. Circle the correct box from below.

2 People in the home	3 People in the home	4 People in the home	5 People in the home	6 People in the home	7 People in the home	8 People in the home	9 People in the home
MONTHLY INCOME							
\$0 - \$1,868	\$0 - \$2,353	\$0 - \$2,839	\$0 - \$3,324	\$0 - \$3,809	\$0 - \$4,295	\$0 - \$4,780	\$0 - \$5,266
\$1,869 - \$2,658	\$2,354 - \$3,349	\$2,840 - \$4,040	\$3,325 - \$4,730	\$3,810 - \$5,421	\$4,296 - \$6,112	\$4,781 - \$6,802	\$5,267 - \$7,493
\$2,659 or more	\$3,350 or more	\$4,041 or more	\$4,731 or more	\$5,422 or more	\$6,113 or more	\$6,803 or more	\$7,494 or more

Step Two: Sign and Date below to certify (promise) that the information provided on this form is true and that I included all income. I understand the school may receive state and federal funds based on the information I provide, and the information could be subject to review.

Parent or Guardian Signature

Date

Print Name of Parent or Guardian

This institution is an equal opportunity provider

Please email this form to cns-office@fuesd.org or Mail to: CNS 409 W. Fallbrook ST, Fallbrook CA 92028



Local Control Funding Form 2020-21

Este formulario se basa en los ingresos familiares a partir del **1 de octubre de 2020** y ayuda a garantizar que la escuela de su hijo reciba la financiación que se merece. Por favor, apoya a la escuela completando este formulario. **Tenga en cuenta que este formulario es confidencial.** La información **no** será compartida con nadie.

Nombre de la escuela: **Mike Choate Center**

Nombre del estudiante: _____

Grado del estudiante: _____

Maestro: _____

Nombre del estudiante: _____

Grado del estudiante: _____

Maestro: _____

Nombre del Estudiante: _____

Grado del estudiante: _____

Maestro: _____

Pasó uno: cuente la cantidad de personas que viven en su hogar y encierra en un círculo la casilla que contiene su ingreso mensual total.

2 Gentes en el hogar	3 Gentes en el hogar	4 Gentes en el hogar	5 Gentes en el hogar	6 Gentes en el hogar	7 Gentes en el hogar	8 Gentes en el hogar	9 Gentes en el hogar
INGRESO MENSUAL							
\$0 - \$1,868	\$0 - \$2,353	\$0 - \$2,839	\$0 - \$3,324	\$0 - \$3,809	\$0 - \$4,295	\$0 - \$4,780	\$0 - \$5,266
\$1,869 - \$2,658	\$2,354 - \$3,349	\$2,840 - \$4,040	\$3,325 - \$4,730	\$3,810 - \$5,421	\$4,296 - \$6,112	\$4,781 - \$6,802	\$5,267 - \$7,493
\$2,659 o mas	\$3,350 o mas	\$4,041 o mas	\$4,731 o mas	\$5,422 o mas	\$6,113 o mas	\$6,803 o mas	\$7,494 o mas

Pasó dos: firme y escriba la fecha a continuación para certificar (prometer) que la información provista en este formulario es verdadera y que incluí todos los ingresos. Entiendo que la escuela puede recibir fondos estatales y federales basados en la información que proporciono, y la información podría estar sujeta a revisión.

Firma del padre o tutor

Fecha

Nombre del padre o tutor (en letra de imprenta)

This institution is an equal opportunity provider

Please email this form to cns-office@fuesd.org or Mail to: CNS 409 W. Fallbrook ST, Fallbrook CA 92028