



# HARRISBURG SCHOOL DISTRICT FAMILY INCOME SURVEY 2023-2024 School Year



Please complete and return the survey below or scan the QR code to complete online. **Important: Even if your income does not meet these guidelines, you must return the survey in order for the district's survey to be considered valid.** (Please Print)

Annual Household Income: \_\_\_\_\_  
 If not annual, please indicate how often (weekly, bi-weekly, monthly)

Family Name: \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_

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



**I. Find your household size and circle the line that applies to your family, including all children:**

Household Size	FEDERAL ANNUAL INCOME CHART (Effective 7/1/2023*)		
	FREE	REDUCED	NOT ELIGIBLE
1	\$0 - \$18,954	\$18,955 - \$26,973	\$26,974 & up
2	\$0 - \$25,636	\$25,637 - \$36,482	\$36,483 & up
3	\$0 - \$32,318	\$32,319 - \$45,991	\$45,992 & up
4	\$0 - \$39,000	\$39,001 - \$55,500	\$55,501 & up
5	\$0 - \$45,682	\$45,683 - \$65,009	\$65,010 & up
6	\$0 - \$52,364	\$52,365 - \$74,518	\$74,519 & up
7	\$0 - \$59,046	\$59,047 - \$84,027	\$84,028 & up
8	\$0 - \$65,728	\$65,729 - \$93,536	\$93,537 & up
Each add'l family member, add:	+\$6,682	+\$9,509	

Is your family eligible for food stamps? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Does your family qualify for medical assistance under Medicaid? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**II. If you answered yes to any of the preceding questions, please list the school and grade level for each child living in your home.**

Name of Student:	School:	Grade:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



# DISTRITO ESCOLAR DE HARRISBURG

## ENCUESTA DE INGRESOS FAMILIARES

### Año escolar 2023-2024



Complete y devuelva la encuesta a continuación o escanee el código QR para completar en línea. **Importante: incluso si sus ingresos no cumplen con estas pautas, debe devolver la encuesta para que la encuesta del distrito se considere válida.** (Por favor imprimir)

Ingreso Anual del Hogar: \_\_\_\_\_  
 Si no es anual, indique con qué frecuencia (semanal, quincenal, mensual)

Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_



**Encuentre el tamaño de su hogar y encierre en un círculo la línea que se aplica a su familia, incluidos todos los niños:**

Tamaño del hogar	TABLA DE INGRESOS ANUALES FEDERALES (Efectivo el 1 de julio de 2023*)		
	LIBRE	REDUCIDO	NO ELEGIBLE
1	\$0 - \$18,954	\$18,955 - \$26,973	\$26,974 & up
2	\$0 - \$25,636	\$25,637 - \$36,482	\$36,483 & up
3	\$0 - \$32,318	\$32,319 - \$45,991	\$45,992 & up
4	\$0 - \$39,000	\$39,001 - \$55,500	\$55,501 & up
5	\$0 - \$45,682	\$45,683 - \$65,009	\$65,010 & up
6	\$0 - \$52,364	\$52,365 - \$74,518	\$74,519 & up
7	\$0 - \$59,046	\$59,047 - \$84,027	\$84,028 & up
8	\$0 - \$65,728	\$65,729 - \$93,536	\$93,537 & up
Cada miembro adicional de la familia, agregue:	+\$6,682	+\$9,509	

¿Su familia es elegible para cupones de alimentos?      sí \_\_\_\_\_      No \_\_\_\_\_

¿Su familia califica para asistencia médica bajo      sí \_\_\_\_\_      No \_\_\_\_\_

¿Seguro de enfermedad?

**Si respondió afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, indique la escuela y el nivel de grado de cada niño que vive en su hogar.**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Calificación: \_\_\_\_\_
