DECLARACION DE INGRESO
Declaration of Income

La información de identificación personal en este formulario es reunida para determinar su parte del costo de servicios de los programas de Birth to 3, Family Support o Community Options Program y será usada solo para estos propósitos.

1. ¿Cuál es el número total de personas en la familia que dependen de su ingreso familiar combinado? _____

2. ¿De éstas, cuántas personas tienen una discapacidad o participan en el programa de Birth to 3? _____

   Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ (mes/día/año)

   Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

   Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

3. Marque los programas para los cuales el cliente o padre es elegible: ☐ W-2 ☐ SSI o SSI-E ☐ FoodShare
   NOTA: Si usted marcó alguno de los programas de arriba, usted no necesita llenar el resto de este formulario. Firme y escriba la fecha en la parte de atrás.

4. ¿Cuál es el ingreso anual de sus niño(s) con discapacidades? $ _____
   NOTA: Si el niño con discapacidades tiene 18 años o más, usted no necesita llenar el resto de este formulario. Firme y escriba la fecha en la parte de atrás.

SI EL NIÑO TIENE MENOS DE 18 AÑOS, conteste las preguntas siguientes acerca del ingreso familiar.

5. Escriba el ingreso bruto anual ajustado de la familia (línea 33 del U.S. Form 1040).* $ _____

   Escriba la cantidad de 20a y 20b del U.S. Form 1040. $ _____ (20a) $ _____ (20b)

   *Si el formulario U.S.1040 no se aproxima cerca de su ingreso esperado para el próximo año, haga un estimado de su ingreso familiar ganado e ingreso no ganado. Asegúrese de incluir el ingreso de las fuentes siguientes:

Salarios, sueldos, etc.:	$ _____	Dividendos:	$ _____
Negocio Neto:	$ _____	Pensiones:	$ _____
Social Security:	$ _____	Interés:	$ _____
Sustento de Menores:	$ _____	Ingreso neto de alquiler:	$ _____
Pensión Alimenticia:	$ _____	Otro:	$ _____
INGRESO TOTAL:	$ _____		

6. Escriba la cantidad de ingreso reportado arriba que es contribuído por un padrastro o madrastra. $ _____

7. Escriba la cantidad total anual ordenada por una corte si usted paga: Pensión Alimenticia – $ _____ Sustento de Menores – $ _____

8. Si usted tiene otros niños quienes reciben Social Security u otros beneficios, o si usted recibe pagos por subsidio de adopción, escriba la cantidad total anual recibida: $_____

9. Si usted tiene ingreso de alquiler, de empleado por si mismo, o de agricultor, escriba la depreciación reclamada por esos ingresos.
   (Vea Schedule C, Schedule E, y / o Schedule F) $ _____

10. Escriba la cantidad anual del pago principal actual en negocios, finca o granja, o propiedad alquilada.
    (Del estado de cuentas del banco) $ _____

11. ¿Qué cantidad está pagando su familia anualmente **por cuidado y servicios relacionados con las necesidades especiales o discapacidad de su hijo?** Estos son gastos que usted anticipa que pagará de su propio bolsillo durante el año en cual los servicios son proveídos y que usted no pagaría ordinariamente si su hijo no tuviera necesidades especiales. Usted puede usar la cantidad de dinero pagado durante el año pasado como **una base para estimar** los gastos del año que viene, si cree que los gastos continuarán. Los presupuestos pueden ser revisados contra gastos pagados de su bolsillo al final del año y ajustados como corresponde.

a. Pagos a médicos, dentistas, terapistas, y otros profesionales médicos, prima de seguro del niño y deducible, co-pagos y pagos de facturas medicas pasadas del niño. $ _____

b. Llamadas de larga distancia relacionadas con necesidades médicas. $ _____

c. Equipo, suministros, y medicamentos sin receta, no cubiertos por seguro médico o Medical Assistance. $ _____

d. Cantidad pagada para modificar la casa o vehículo para accesibilidad. $ _____

e. Gastos de transporte por asuntos médicos o para relevo (respite).
$ _____ Por milla. $ _____

f. Diferencias entre el pago regular de cuidado de niño y el pago que hacen los padres por niños con necesidades especiales, costo total de cuidado de niños de 12 años y mayores. $ _____

g. Talleres de entrenamiento para padres, periódicos y libros relacionados con el niño con discapacidades. $ _____

h. Ropa especial. $ _____

i. Nutrición especial. $ _____

j. Servicios de relevo (Respite). $ _____

k. Escriba los artículos y el costo de cualquier otro gasto relacionado con la discapacidad del niño o necesidades especiales.

_____ $ _____

_____ $ _____

_____ $ _____

TOTAL (11a – 11k) $ _____

12. ¿Está usted pagando por servicios que actualmente están siendo proveídos a cualquier miembro familiar bajo el Uniform Fee System? (Ejemplos: servicios sociales y servicios basados en la comunidad tales como servicios de salud mental). ¿Cuál es la cantidad? $ _____

Yo he tratado de dar información verdadera y precisa en esta declaración. Yo entiendo que en el futuro la agencia puede solicitar más información detallada y documentada.

_____ _____
FIRMA – Padre o Tutor (Guardian) Fecha de la Firma