

**DECLARACIÓN DE INGRESO POR TAMAÑO DEL HOGAR (HSIS)** Programa de Alimentación para Niños y Adultos

Complete este formulario (HSIS) y regréselo al centro. Póngase en contacto con el centro si necesita ayuda.

Nombre(s) y Apellido (s) de los Participantes Matriculados	Centro
------------------------------------------------------------	--------

**PARTE 1: BENEFICIOS**

Si algún miembro de su hogar actualmente recibe FoodShare Wisconsin, Wisconsin Works Cash Benefits, y/o FDIR (Programa de Distribución de Alimentos en las Reservaciones Indias), marque la casilla para el beneficio actualmente recibido y anote el número de caso.

Luego, complete la PARTE 3 y regrese el HSIS al centro. No complete la PARTE 2.

Si nadie recibe estos beneficios, vaya a la PARTE 2.

<input type="checkbox"/> FoodShare Wisconsin (10 o 16 dígitos #) dígitos #)	<input type="checkbox"/> SSI	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> FDIR (9 dígitos #)
Número de Caso/Número de Tarjeta de Búsqueda: _____			

**PARTE 2: TAMAÑO TOTAL DEL HOGAR E INGRESOS**

1) Enumere los nombres completos de todos los miembros del hogar, incluyendo usted mismo.

2) Enumere todos los ingresos netos (antes de deducciones o impuestos, seguridad social, etc.) en la misma línea que la persona que la recibe. Los miembros autónomos del hogar deben reportar sus ingresos netos. Marque la casilla de la frecuencia con la que se recibe. Registre cada ingreso una sola vez.

**Si usted anotó un número de caso en la Parte 1, usted no necesita anotar la información del hogar y del ingreso debajo.**

1) Enumere los nombres completos de todos los miembros del hogar abajo	(2) Enumere sus ingresos netos y la frecuencia con que los recibe											Marque si no ingreso								
	Ingresos netos del trabajo	Semanalmente	Cada 2 Semanas	Dos veces al mes	Mensualmente	Anualmente	Pagos de Beneficios y/o Pensión Alimenticia	Semanalmente	Cada 2 Semanas	Dos veces al mes	Mensualmente		Anualmente	Pensiones, Jubilación, Seguro Social, SSI, Beneficios VA	Semanalmente	Cada 2 Semanas	Dos veces al mes	Mensualmente	Anualmente	Todos los Demás Ingresos Recibidos El Mes Pasado (indicar frecuencia)
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ /	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ /	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ /	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ /	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ /	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ /	<input type="checkbox"/>

**PARTE 3: TODOS LOS HOGARES**

**RECOLECCIÓN DE DATOS DE ETNICIDAD Y RAZA – Llenado opcional**

Este centro es requerido por la ley Federal para hacer las dos preguntas siguientes referentes a etnicidad y raza. Sus respuestas son estrictamente para reportes estadísticos y no tendrán ningún efecto en la determinación de elegibilidad para beneficios. **Por favor conteste ambas preguntas.**

¿EL PARTICIPANTE MATRICULADO ES HISPANO O LATINO?  Si, Hispano o Latino  No, ni Hispano ni Latino

SELECCIONE UNA O MÁS DE LAS SIGUIENTES CATEGORÍAS QUE SE APLICAN A LOS PARTICIPANTES INSCRITOS:

Indio Americano o Nativo de Alaska  Negro o Afroamericano  Blanco  Asiático  Nativo de Hawai u otra Isla del Pacífico

**FIRMA DEL MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR Y LOS ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SS #)**

Si la parte 2 está completada, el adulto que firma el formulario **debe anotar los últimos cuatro dígitos de su SS #** O marcar "Ninguno" si no tiene SS #.

**CERTIFICO** que toda la información antedicha es verdadera y correcta y que todos los ingresos se reportan. Entiendo que esta información se está dando para la recepción de fondos federales; que los funcionarios de la agencia pueden verificar la información en este formulario; y la falsificación deliberada de la información puede someterme a procesamiento bajo las leyes estatales y federales aplicables.

Firma del Miembro Adulto del Hogar	Fecha de Firma Día/Mes/Año	Últimos 4 dígitos de SS# (o marque "Ninguno" si no tiene un SS#)
		***-**-____ <input type="checkbox"/> Ninguno

**SÓLO PARA USO DEL CENTRO – Todas las 3 secciones y el Mes Efectivo de Determinación deben ser completadas**

<b>Sección 1:</b> Bases para Determinar la Elegibilidad (A o B)	<b>Sección 2:</b> Determinación de Elegibilidad	<b>Sección 3:</b> Determinación de las Iniciales & Fecha de Aprobación Oficiales
A. Tamaño & Ingresos del Hogar	B. Beneficios  <input type="checkbox"/> Gratis	_____

<p>Tamaño Total del Hogar _____</p> <p>* Ingreso Total \$ _____ / _____  <small>(\\$ Monto) (Periodo de Tiempo)</small></p>	<p><input type="checkbox"/> FoodShare WI</p> <p><input type="checkbox"/> SSI</p> <p><input type="checkbox"/> Medicaid</p> <p><input type="checkbox"/> FDPIR</p>	<p><input type="checkbox"/> Reducido</p> <p><input type="checkbox"/> No Necesitados</p>	<p><b>** Mes Efectivo de Determinación</b></p> <p>_____</p> <p><i>Mes/Año</i></p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

\*Convertir a ingresos anuales solo cuando se reportan múltiples frecuencias de pago: Semanal x 52; Cada 2 semanas x 26; Dos veces al mes x 24; Mensual x 12

\*\*Este formulario caduca un año a partir del *Mes Efectivo de Determinación*.