

DECLARACIÓN DE INGRESOS POR TAMAÑO DEL HOGAR

Programa de Alimentos para Niños y Adultos

Un miembro adulto del hogar debe completar este formulario (HSIS) y devolverlo al centro.

Nombre y Apellido del (los) Niño (s) Matriculado (s)	Centro
--	--------

PARTE 1: BENEFICIOS

Si algún miembro de su hogar actualmente recibe FoodShare Wisconsin, Beneficios en Efectivo Wisconsin Works y/o FDIPIR (Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indias), marque la casilla correspondiente a la prestación recibida actualmente e indique el número de caso. **Luego, complete la Parte 3 y regrese el HSIS al centro. NO llene la PARTE 2.**

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

- FoodShare Wisconsin (10 o 16 digit #) Beneficios en Efectivo Wisconsin Works (10 dígitos #) FDIPIR (9 dígitos #)

Número de Caso/Número de Tarjeta de Búsqueda: _____

Si sólo recibe asistencia de cuidado infantil W-2, no indique un número de caso; usted debe completar la Parte 2 de este formulario para determinar la elegibilidad.

PARTE 2: TAMAÑO TOTAL DEL HOGAR E INGRESOS

- 1) Escriba los nombres completos de todos los miembros del hogar, incluyendo usted y todos los niños. *(Edades son opcionales.)*
- 2) Indique todos los ingresos brutos (antes de deducciones o impuestos, seguro social, etc.) en la misma línea de la persona que lo recibe. Los miembros autónomos del hogar deben informar los ingresos netos. Marque la casilla de la frecuencia con la que se recibe. Registre cada ingreso una sola vez.
Si usted indicó un número de caso en la Parte 1, usted no necesita escribir la información del hogar y de los ingresos más abajo.

		Marque si Niño Adoptivo	(2) Indique los ingresos brutos y la frecuencia con que los recibe												Marque si no ingresos							
			Ingresos brutos del trabajo	Semanal	Cada 2 Semanas	Dos veces al Mes	Mensual	Anualmente	Pagos de Bienestar, Manutención de los Hijos, y/o Pensión	Semanal	Cada 2 Semanas	Dos veces al Mes	Mensual	Anualmente		Pensiones, Jubilación, Seguridad Social, SSI, beneficios VA	Semanal	Cada 2 Semanas	Dos veces al Mes	Mensual	Anualmente	Todos los Demás Ingresos Recibidos el mes Pasado (indicar frecuencia)
1) Indique abajo los nombres completos de todos los miembros del hogar	Edad	<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

COLECCIÓN DE DATOS ÉTNICOS Y RACIALES – Colocar lo es opcional

Este centro es requerido por la ley Federal para hacer las dos preguntas siguientes referentes a etnia 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.**

¿ES SU HIJO (S) HISPANO O LATINO? Si, Hispano o Latino No, ni Hispano o Latino

SELECCIONE UNA O MÁS DE LAS SIGUIENTES CATEGORÍAS QUE SE APLICAN A SU (S) HIJO (S):

- Indio Americano o Nativo de Alaska Negro o Afroamericano Blanco Asiático Nativo Hawaiano o de 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 es llenada, el adulto que firma el formulario debe indicar los últimos cuatro números de su SS# O marcar "Ninguno" si el/ella no tiene un SS#.

YO CERTIFICO que toda la información anterior es verdadera y correcta y que todos los ingresos son declarados. 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 tergiversación deliberada de la información puede someterme a procesamiento bajo las leyes estatales y federales aplicables.

Firma del Miembro Adulto del Hogar	Fecha de la Firma DD/MM/AA	Últimos 4 números del SS# (o marque "Ninguno" si usted no tiene un SS#) ***_**_ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> Ninguno
------------------------------------	----------------------------	---

SÓLO PARA LE USO DEL CENTRO – Todas las 3 secciones y el Mes Efectivo de Determinación deben ser llenadas.

Sección 1: Bases para Determinar la Elegibilidad (A or B)	Sección 2: Determinación de Elegibilidad	Sección 3: Determinar las iniciales y la Fecha de Aprobación del Funcionario
A. Tamaño del Hogar e Ingresos	B. Beneficios/Adoptivo <input type="checkbox"/> Gratis	_____

<p>Tamaño Total del Hogar</p> <p>_____</p> <p>*Ingreso Total</p> <p>\$ _____ / _____</p> <p>(Cantidad) (Periodo)</p> <p>de Tiempo)</p>	<p><input type="checkbox"/> FoodShare WI</p> <p><input type="checkbox"/> Beneficios en Efectivo W-2</p> <p><input type="checkbox"/> FDPIR</p> <p><input type="checkbox"/> Niño(s) Adoptivo(s)</p>	<p><input type="checkbox"/> Reducido</p> <p><input type="checkbox"/> No Necesitado</p>	<p>** Mes Efectivo de Determinación</p> <p>_____</p> <p>Mes/Año</p>
--	---	--	--

*Convertir a ingreso anual sólo cuando se reportan múltiples frecuencias de pago: *Semanalmente x 52; Cada 2 semanas x 26; Dos veces al mes x 24; Mensual x 12*

**Este formulario caduca al año desde el *Mes Efectivo de Determinación*.