

Hoja de Cálculo de Ingresos

NOMBRE:	NUMERO DE SEGURO SOCIAL: XXX-XX-
En los últimos 6 meses, ¿Ha recibido, o es usted miembro de una familia que recibió asistencia monetaria bajo un programa estatal, federal, o un programa local de asistencia pública basado en ingresos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (círcule todos los que apliquen)	
*Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF/CAIWORKS/Cash Aid) *Asistencia Monetaria para Refugiados (Refugee Cash Assistance/Relief) *Asistencia General (General Relief)	*Ingresos Suplementales de Seguridad (Supplemental Security Income) *Estampillas para Comida (CalFRESH/Food Stamps)
****Si el beneficio está conectado a un miembro del hogar por favor escriba su nombre: _____ Parentesco a usted: _____ Tamaño del Hogar (Nº de personas): _____	
Si usted contestó que sí anteriormente, usted necesita proporcionar verificación. Salte a la línea de la firma, firme y ponga la fecha en el formulario. No es necesario proporcionar información sobre sus ingresos.	

Instrucciones para Clientes: Por favor proporcione la siguiente información sobre ingresos brutos para su familia durante los últimos 12 meses a partir de hoy. Esta información debe coincidir con su respuesta al nº 52 en la Aplicación WIOA y la documentación que aporta Ud.

- La información de registro para usted y sus familiares que habitan su residencia que son parientes suyos por sangre, matrimonio o decreto de la corte.
- Incluya a los niños menores de 21 años que son reclamados como dependiente en su declaración de impuestos.
- Incluya miembros de la familia que voluntariamente residen temporalmente en otra parte; es decir, asistiendo a la universidad o visitando parientes.
- Un hijastro o padrastro se considera pariente por matrimonio.
- EXCLUYA hijos adultos mayores de 21 años de edad y / o los que usted no reclama en su impuestos de ingresos.
- EXCLUYA compensación del Seguro de Desempleo, pagos de manutención de niños, pagos de asistencia pública, y pagos de jubilación / beneficios de sobrevivientes bajo el Seguro Social.

Apellido	Nombre	Edad	Parentesco a usted	\$ Ingresos mensuales	¿Por cuántos meses del últimos 6?	¿Por cuántos meses del últimos 12?	Fuente de ingreso
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

¿Usted actualmente gana por mes la cantidad que aparece en la columna?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Por favor explique
--	---

CERTIFICACIÓN DEL CLIENTE: Al firmar, certifico que la información que he proporcionado es verdadera y completa.

Firma del Cliente:	Fecha en que el cliente firmó:
--------------------	--------------------------------

AJCC STAFF INSTRUCTIONS: This form must be fully completed, signed, and dated by the customer whenever WIOA services are applied for.

AJCC Staff Signature	Date (mm/dd/yyyy):	TOTAL 6-MONTH INCOME (\$ income p/mo X # of mo)	TOTAL 12-MONTH INCOME (\$ income p/mo X # of mo)
----------------------	--------------------	--	---

Staff Comments:
 Customer was: able to bring in documentation in the form of: _____ unable to bring in documentation