



AUTODECLARACIÓN DE LOS INGRESOS FAMILIARES

Yo, _____ Entiendo que la cantidad cobrada por los servicios FMHC depende de mi ingreso familiar. Entiendo que el ingreso familiar incluye mis ingresos y los ingresos de todos los miembros de la familia que viven conmigo.

Entiendo que los "ingresos" incluye, pero no se limita a:

- pago o salarios
- propinas
- beneficios de desempleo
- beneficios de Seguro Social
- beneficios del Salud y Bienestar
- discapacidad, compensación al trabajador u otros pagos por una daño/herida o enfermedad
- retiro o beneficios de una pensión
- pensión alimenticia o pagos de mantención de niños
- seguros o anualidades pagadas a mí
- intereses o dividendos de cuentas de ahorros o inversiones
- Los ingresos de alquiler o de otros ingresos de un negocio
- Los ingresos por concepto de regalos, patentes, los juegos de azar, sorteos o premios de lotería
- herencias, donaciones y subvenciones

Entiendo que si los miembros de mi familia tienen alguno de estos tipos de ingresos, debo decirle al trabajador de elegibilidad de ellos e incluir el ingreso en la estimación. También entiendo que si proporciono información falsa voy a ser descalificado del Programa de descuento Asistencia Financiera del FMHC y todos los cargos se pagarán en su totalidad inmediatamente. Declaro que mi ingreso estimado anual para el hogar es \$_____.

AL FIRMAR ESTA FORMA, YO CERTIFICO BAJO PENA DE PERJURIO BAJO LAS LEYES DEL ESTADO DE IDAHO QUE LA INFORMACIÓN ESTOY PROPORCIONANDO ES VERDADERA Y CORRECTA.

Nombre del Solicitante/Guardián (impreso): _____

Fecha: _____

Firma del Solicitante/Guardián:
