

Programa de Asistencia Cliente

Cabeza de Familia

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Número de Teléfono:
---------	----------------------	---------------------

Cónyuge y Dependientes menores de 19 años en la casa/Parentesco con la cabeza de familia

Nombre:	Parentesco:	Fecha de Nacimiento:
Nombre:	Parentesco:	Fecha de Nacimiento:
Nombre:	Parentesco:	Fecha de Nacimiento:
Nombre:	Parentesco:	Fecha de Nacimiento:
Nombre:	Parentesco:	Fecha de Nacimiento:
Nombre:	Parentesco:	Fecha de Nacimiento:

Ingreso Familiar Total de Sueldos: \$ _____ / mes

Por favor liste a todas las persona en la casa que trabajen y los nombres de sus empleadores:

Nombre: Desempleo _____ Empleo _____	Nombre: Desempleo _____ Empleo _____
Empleador:	Empleador:
Independiente:	Independiente:
Nombre: Desemplea _____ Empleo _____	Nombre: Desempleo _____ Empleo _____
Empleador:	Empleador:
Independiente:	Independiente:

Ingreso Familiar Total Diferente a los Sueldos

Gasto Total Familiar

(Manutención de los hijos)

Manutención de los hijos	\$ _____ / mes	Child Support	\$ _____ / mes
Pension Alimenticia	\$ _____ / mes	Elder Support	\$ _____ / mes
SSI/SSDI	\$ _____ / mes	Gastos Medicos	\$ _____ / mes
Compensación de Desempleo	\$ _____ / mes	Seguro Médico	\$ _____ / mes
Compensación del Trabajador	\$ _____ / mes	Otros (especifique)	\$ _____ / mes
Otros - Si Ud. Esta desempleado o es estudiante, esto incluye el valor de la ayuda por casa y comida que otra persona le provea.	\$ _____ / mes	Otros (Por favor especifique) Note: Esto no incluye renta, tarjetas de crédito, deudas, u otros gastos.	\$ _____ / mes

Firmando abajo, atestiguo que la información presentada en este papel es correcta y verdadera.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del Intérprete (Si se aplica): _____

Office Use Only:

Income _____
Deductions _____
CAP rating: _____

Family Size _____
Eligibility Technician _____
Date processed: _____