



Womankind Declaración of Ingresos

Nombre: _____ No. de seguro social: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Estado civil: _____ Sexo (genero): _____

Dirección: _____

Teléfono (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

*¿ Necesita usted que esta visita sea confidencial? _____

Raza:

Asiático/a Blanco/a Multi-Racial Nativo/a de Alaska/Indo-Americano/a

Nativo/a de Hawaii u otra isla del Pacífico Negro

Grupo Cultural:

Hispano/a Latino/a No Hispano/a Latino/a

Lugar de empleo: _____ Ocupación: _____

Salario antes de impuestos y deducciones: \$ _____ al día a la semana cada dos semanas dos veces al mes al mes al año (circule uno)

Liste algún ingreso recibido que no sea salarial a continuación:

Compensación laboral: \$ _____ Manutención de hijos: \$ _____ Pensión alimenticia de uno de los padres para los hijos: \$ _____

Desempleo: \$ _____ Seguro Social: \$ _____ Incapacidad: \$ _____

Empleo Independiente: \$ _____ Otro: \$ _____

Escriba lo datos sobre los miembros familiares* que viven con usted:

Nombre	FDN	Relación	Lugar de Empleo	Ingreso Mensual

*"familiares incluyen personas que viven en la misma casa unidos en matrimonio, concebidos, unidos por la ley o por sangre.

La información en este cuestionario ha sido expresada bajo mi saber y entender. Reconozco que si reporto información a propósito que es falsa podría ser acusada de fraude. También entiendo que el Departamento de Salud del Condado de Monroe podría verificar lo dicho en este documento.

Firma del Cliente

Fecha



Fecha

Nombre del Cliente

Form fields for date and client name.

El cálculo del ingreso familiar bruto se basará en todo ingreso pagado recibido durante los 30 días más recientes o en un promedio de 12 meses. El cálculo del ingreso debería ser determinado como el ingreso anual. Mensual = pago bruto x 12; dos veces al mes = pago bruto x 2 x 12; quincenal = pago x 2.15 x 12; semanal = pago bruto x 4.3 x 12. MCHD (el Departamento de Salud del Condado Monroe) permita una deducción anual estandar de \$1,080 por casa asalariado en el hogar.

Income verified? Gross Annual income: _____ less _____ x \$1,080.00 = _____ ^
Type of verification: pay stub tax return W-2 employer letter Sliding Fee Scale Amount _____%

^This amount can be divided by the appropriate amount in column A of the most recent Family Planning Program Sliding Fee Scale to arrive at the specific Federal Poverty Level.

Table with 8 columns: Percent of Poverty, <=100%, 101% - 129%, 130% - 159%, 160% - 189%, 190% - 219%, 220% - 250%, 251+%. Row 2: Percent of full fee, No fee, 17%, 33%, 50%, 67%, 83%, 100%.

Según la información dada en este documento, hemos determinado que cumple con los requisitos necesarios que la hacen elegible para recibir los servicios del Departamento de Salud del Condado de Monroe (MCHD). Los servicios serán verificados por el Departamento de Salud (MCHD) los cuales dependen de la disponibilidad, acceso y fondos que cumplan con las regulaciones del programa de planificación familiar del Título X.

Una vez se verifique la información por parte del MCHD, usted será escogido para recibir los servicios necesarios establecidos por el programa de planificación familiar del Título X, durante 12 meses a partir de la fecha de aceptación. Para poder continuar con estos servicios antes de que se pasen los 12 meses, es necesario determinar su condición namente. Debe informar al personal que comprueba su elegibilidad sobre cualquier cambio que pueda afectar su elegibilidad.

Con su firma a continuación acepta los términos y condiciones del presente documento:

- He recibido una copia y una explicación verbal sobre este documento.
• Entiendo que los servicios de planificación familiar del título X que recibiré son pagados por el Departamento de Salud del Condado de Monroe en acuerdo con las Leyes Federales de Pobreza.
•

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Eligibility staff signature: _____ Date: _____

Re-determination Date Due No Later Than
Eligibility Staff Name Phone
305-294-4004

Address
Womankind, Inc. 1511 Truman Avenue, Key West, Florida 33040