

Alianza Para la Salud de Ithaca



Clínica Gratis de Ithaca
Fondo de Salud de Ithaca
Educación para la salud

Cuidado de la salud es un derecho humano

MR# _____

Formulario de Ingreso Familiar (3/15)

1) Residente de: Ciudad de Ithaca _____ Condado de Tompkins _____
Otro Condado (Explicar _____)

La Alianza Para la Salud de Ithaca recibe dinero para Clínica Gratis de Ithaca de Financiación de la Subvención en bloque de Desarrollo de la Comunidad. Como resultado tenemos la obligación de obtener esta información. Su proveedor de atención

2) Nombre: _____
Dirección: _____

3) Instrucciones: Determinar el tamaño de su familia contando usted mismo y cada una de las personas que residen actualmente con usted en la misma unidad de vivienda y comparte gastos. Introduzca el número en el espacio proporcionado.

Tamaño de Familia: _____

Siguiente, total los ingresos de todas las fuentes recibidas durante el último año calendario (Enero a Diciembre) por usted y cada miembro de su familia que actualmente residen con usted y revise la caja para el ingreso total apropiada.

Ingreso De Familia:

Menos de - \$16,250 _____	\$41,701 - \$43,250 _____
\$16,251 - \$18,550 _____	\$43,251 - \$44,800 _____
\$18,551 - \$20,850 _____	\$44,801 - \$47,900 _____
\$20,851 - \$24,250 _____	\$47,901 - \$49,400 _____
\$24,251 - \$27,050 _____	\$49,401 - \$51,000 _____
\$27,051 - \$28,410 _____	\$51,001 - \$55,600 _____
\$28,411 - \$30,900 _____	\$55,601 - \$61,750 _____
\$30,901 - \$32,570 _____	\$61,751 - \$66,700 _____
\$32,571 - \$34,750 _____	\$66,701 - \$71,650 _____
\$34,751 - \$36,730 _____	\$71,651 - \$76,600 _____
\$36,731 - \$38,600 _____	\$76,601 - \$81,550 _____
\$38,601 - \$40,890 _____	Mas De - \$81,550 _____
\$40,891 - \$41,700 _____	

Seleccione si usted es una mujer cabeza de familia: _____

Seleccione si has cumplido ya los 62 años de edad: _____

Seleccione si usted es una persona con una discapacidad: _____

Seleccione si usted está actualmente desempleado: _____

Categorías Raciales:

Blanca
 Afroamericano
 Asiático
 Indio Americano/ Nativos de Alaska
 Nativo de Hawái /Otros Pacífico Islandés
 Indios americanos /Nativos y Blanco de Alaska
 Asiático y Blanco
 Afroamericano y blanco
 Indios americanos/Nativos de Alaska y Afroamericano
 Otra (especificar: _____)

También seleccione si le aplica el siguiente caso:

Hispano: _____

La información aquí contenida será confidencial y sólo será utilizada para proporcionar datos estadísticos requeridos por el Programa de Community Development Block Grant. Está sujeto a la verificación de conformidad con las reglas y regulaciones de los EE.UU. Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano.

(4) Certifico que la información proporcionada aquí es verdadera y precisa AL MEJOR DE MI CONOCIMIENTO

Firma: _____ Fecha: _____