



FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE CLIENTES PARA SERVICIOS DE CSBG
 United Planning Organization, Programa de Subvención Global de Servicios Comunitarios

Nombre del proveedor de servicios: _____
 Dirección: _____

Nombre del cliente: _____
 Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Domicilio: _____
 Ciudad: _____ Código postal: _____
 Número de teléfono particular: _____ Número de teléfono laboral: _____
 Cantidad total de integrantes en la familia (incluido usted): _____

SELECCIONE UNA OPCIÓN E INDIQUE LOS INGRESOS BRUTOS:

Ingresos semanales: \$ _____ Ingresos bisemanales: \$ _____ Ingresos bimensuales: \$ _____ Ingresos mensuales: \$ _____

(Una familia puede estar constituida por una sola persona. Para las familias con más de un integrante, la definición de "familia" implica todas las personas que viven en la misma vivienda y que cumplen con los siguientes requisitos: (1) reciben el apoyo de los ingresos del cónyuge, los padres o tutores; y (2) tienen un vínculo con el cónyuge, los padres o tutores ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción).

Documentos de verificación de ingresos brutos familiares anuales (marque todas las opciones que correspondan)		
Declaración de impuestos: _____	Seguridad Social _____	Pensión/Jubilación: _____
TANF: _____	Ingresos de Seguridad Complementarios: _____	W2 _____
Asistencia infantil: _____	Asignaciones familiares militares: _____	1099: _____
Pensión alimenticia: _____	Estudios por capacitación: _____	Sin ingresos: _____
Otro (explique): _____		

 INICIALES (A) He proporcionado documentos de respaldo que certifican que soy elegible para recibir servicios de CSBG.

 INICIALES (B) No he proporcionado documentos de respaldo, pero al colocar mis iniciales y firmar este documento, certifico que mis ingresos y mis ingresos brutos familiares cumplen con los criterios para calificar para los servicios de CSBG.

Certificación de ausencia de ingresos	
Mediante el presente certifico que ni yo ni mi familia recibo(recibimos) ingresos de cualquiera de las siguientes fuentes:	
(a) Salarios de empleo (incluidos comisiones, propinas, bonificaciones, honorarios, etc.)	(f) Ingresos por alquiler de bienes inmuebles o propiedades
(b) Pagos de Seguridad Social, anualidades, pólizas de seguro, fondos de jubilación, pensión o beneficios por fallecimiento	(g) Intereses o dividendos de activos
(c) Asignaciones como pensión alimenticia, asistencia infantil o dinero recibido de personas ajenas a la familia	(h) Pagos por desempleo o discapacidad
(d) Ventas de recursos de empleo independiente (Avon, Mary Kay, Shaklee, etc.)	(i) Pagos de asistencia pública
(e) Ingresos provenientes de un negocio	(j) Cualquier otra fuente no mencionada anteriormente

 INICIALES (C) No he proporcionado documentos de respaldo porque no tengo ni mi familia tiene ingresos.

Información del cliente: Debe colocar las iniciales en la línea de arriba que corresponde para indicar que tiene ingresos y que ha proporcionado documentación; tiene ingresos y no puede proporcionar documentos de respaldo para verificar la elegibilidad de los ingresos, pero que sus ingresos familiares se clasifican dentro de las pautas de pobreza; o que no tiene ingresos. Además, debe firmar el formulario. Tenga en cuenta que la información proporcionada en este formulario tiene como fin exclusivo determinar si su familia es elegible para este programa, y que UPO o sus proveedores de servicios la mantendrán confidencial.

Firma del cliente/padre: _____ Fecha: _____
 NO ESCRIBIR POR DEBAJO DE ESTA LÍNEA. PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL.

Nombre del miembro del personal que verifica la elegibilidad: _____
 Total de ingresos brutos familiares anuales del cliente: _____
 ¿Los ingresos del cliente están por debajo del 200 % del nivel de ingresos familiares aplicable? SÍ NO
 ¿El cliente es residente de Washington D. C. en este momento? SÍ NO

NOTA: LOS CLIENTES PARA LOS QUE EL PERSONAL NO PUEDA RESPONDER SÍ A AMBAS PREGUNTAS NO SON ELEGIBLES PARA RECIBIR SERVICIOS FINANCIADOS POR CSBG PRESTADOS POR UPO O SUBCESIONADOS POR UPO.

: EL FORMULARIO EJECUTADO TIENE VALIDEZ POR UN AÑO SOLAMENTE.