

División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidades
Programa de Asistencia para el Tratamiento del Autismo

Formulario de Divulgación Financiera

(Nombre y apellido del menor)

(Fecha)

El Programa de Asistencia para el Tratamiento del Autismo (ATAP) utiliza su ingreso mensual bruto para calificarlo para la ayuda financiera. El programa debe comprobarlo todos los años.

Complete este formulario con su ingreso mensual bruto para que ATAP pueda comprobar si su familia puede obtener el mayor apoyo posible.

¿Cuánto dinero gana su hogar al mes antes de impuestos (ingreso bruto)?

(Ingreso mensual bruto)

¿Cuántas personas en su hogar viven con este ingreso?

(cantidad de personas)

¿Tiene un comprobante de los costos médicos de bolsillo de algún miembro de su hogar? Los comprobantes pueden ser recibos o extractos médicos que indiquen que se realizaron sus pagos. Estos costos deben ser del mismo año que su declaración de impuestos.

Sí No

ATAP usará los costos médicos de bolsillo para reducir su ingreso mensual bruto. Esta reducción se utiliza para decidir su nivel de financiación.

Devuelva este formulario con el comprobante de ingreso, como su declaración del impuesto federal o los recibos de pago más recientes.

Acepto que la información en este formulario es verdadera y correcta.

Acepto proporcionar esta información cada año y cuando el programa la solicite.

(Nombre y apellido del padre/madre/tutor)

(Firma del padre/madre/tutor)

(Fecha de la firma)