



SECCION 3. Ingresos/Cuidado de Dependiente

Liste todos los ingresos recibidos y todos los cuidados de dependientes pagados por los miembros del hogar.

INGRESO:	CANTIDAD ANTES de impuestos y otras deducciones	¿QUÉ FRECUENCIA? (Semana, Mensual, cada 2 Semanas, Etc.)	NOMBRE DE LA PERSONA RECIBIENDO (Incluya el ingreso sólo de los niños y padres en la dirección indicada en la solicitud)	¿INCLUYO PRUEBA DE INGRESOS?
Nombre del Empleador Actual:				<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Nombre del Empleador Actual:				<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Seguro Social (RSDI)				<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Seguro de Ingreso Suplementario				<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Compensación de Trabajadores				<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Pensiones o Beneficios de Jubilación				<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Sustento de Menores (Liste la cantidad que cada niño recibe.)				<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Empleo por Cuenta Propia				<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Contribuciones				<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Beneficio de Desempleo				<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Otros ingresos, por favor especifique:				<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

¿Paga usted por cuidado de dependientes (o el cuidado de un adulto que no puede cuidar de sí mismo) para que alguien en su casa pueda trabajar?

NOMBRE DEL ADULTO QUE TRABAJA	NOMBRE DE NIÑO O ADULTOS CUIDADO	¿MENOR DE 2 AÑOS ?	NOMBRE DE LA GUARDERIA O PROVEEDOR DE CUIDADO	CANTIDAD PAGADA	FRECUENCIA <small>Semanal, Quincenal, Mensual, Etc.</small>
		<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No			
		<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No			



SECCION 4. Prueba de Ingreso

Se le solicitara que provea las pruebas mas recientes de todos sus ingresos. Usted puede proporcionar verificación con su solicitud o usted puede elegir ser notificada por correo. Estos son los tipos de información que usted necesita enviar para que su solicitud sea procesada:

Por el dinero que gana por hacer un trabajo o servicio, usted debe enviar: Pago semanal - (4) semanas de talones de pago (4 talones de pago más recientes)—O—Pago Quincenal - (2) talones de pago recibidos cada dos semanas (2) talones de pago más recientes)—O—Semi-Mensual - (2) talones de pago recibos dos veces al mes (2 talones de pago más recientes)—O—Mensual - (1) talon de pago recibos recibido una vez al mes (dos talones de pago mas recientes)—O—Pago en Efectivo - Carta del empleador firmada por un Oficial de la Empresa en papel con Membrete de la Empresa —O—Anual - Formulario de Impuestos lleno —O—Documentos de Empleado por Cuenta Propia - como Registros Federales de la Declaración de Impuestos o de Negocios incluyendo pruebas de recibos, facturas y compras. Por favor muestre el dinero que recibe cualquier persona en el hogar de algunas agencias, padres o parientes, o de cualquier otra fuente. Esto podría incluir: • SSI o SSA - Carta de Otorgamiento del año actual • Cheque de Desempleo - (4) semanas de talones de pago (4 talones de cheque más recientes) • Carta de Compensación de Trabajo - Carta de la Compañía de Seguros reflejando la cantidad que se recibe y la frecuencia, provea el nombre y número de contacto. • Contribuciones - una carta firmada y fechada por la persona que le proporciona el dinero, provea nombre, dirección y número de contacto. Provea la cantidad que recibe y con que frecuencia la recibe. • Sustento de Menores (pagados directamente a usted) - una declaración por escrito firmada y fechada del padre/madre que paga el dinero, provea el nombre, dirección y número de contacto. Provea cantidad recibida y la frecuencia con que la recibe. • Sustento de Menores (se paga a través de la corte) - carta de la corte indicando la cantidad de ingresos recibidos y la frecuencia en la que se recibe. • Otros Ingresos no Derivados del Trabajo - una carta firmada y fechada indicando la cantidad y la frecuencia con la que se recibe. Provea nombre, dirección y número de contacto o (4) semanas de talones de pago (4 talones de pagos más recientes).



SECCION 5. Entendimiento/Autorización Declaración Jurada de miembros.

Yo certifico que la información que he proveído acerca de mi familia y los ingresos es verdadera y correcta. Yo entiendo que mi elegibilidad debe ser revisada después de un año de aprobación para continuar los servicios de Planning for Healthy Babies. Prueba de Ciudadanía o estado legal migratorio debe ser verificado para la elegibilidad de Planning for Healthy Babies. El incumplimiento resultara en una denegación de su solicitud. Números de Seguro Social son usados para comparación computarizada con otras agencias a fin de ayudar en la verificación de elegibilidad para Planning for Healthy Babies.

Yo estoy aplicando para Planning for Healthy Babies o Medicaid para mi, yo certifico bajo la pena de perjurio que soy un Ciudadano de los EE.UU. y/o que legalmente estoy presente en los Estados Unidos.

FIRMA DEL SOLICITANTE _____ FECHA DE LA SOLICITUD / /
DD/MM/AA

Yo, junto con mis otros miembros del hogar, deseamos ser considerados para Medicaid para el cual somos potencialmente elegibles.

Yo estoy de acuerdo en asignar al Estado todos los derechos de apoyo médico y al pago de la atención médica de cualquier tercero (hospital y beneficios médicos). Yo estoy de acuerdo en cooperar con el Estado en identificar y proporcionar información para ayudar al Estado en la búsqueda de cualquier tercero que pueda ser responsable en pagar por el cuidado y servicio. Yo entiendo que debo reportar cualquier pago recibido para la atención médica dentro de 10 días hábiles de ser recibido.

Yo soy una madre, padre o tutor legal, yo certifico que el solicitante(s) es/son ciudadano(s) de los EE.UU. y/o esta presente legalmente en los Estados Unidos.

FIRMA DE PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL _____ FECHA DE LA SOLICITUD / /
DD/MM/AA

Por favor envíe su solicitud y documentos de ingreso por correo a:
Planning for Healthy Babies (P4HB), P.O. Box 1810, Atlanta, GA 30301-1810 **OR Fax to: 1-888-744-2102**
Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame gratis al: 1-877-P4H-B101 (744-2101)