

ELEGIBILIDAD PARA BAJOS INGRESOS

Complete este formulario y envíelo con la documentación de ingresos requerida junto con la Solicitud de Vale.

Nombre y Apellido del Solicitante

Dirección del Aparato

La elegibilidad para bajos ingresos se determinará según el tamaño del hogar y el ingreso total del hogar.

INFORMACIÓN DEL HOGAR

# de Personas en el Hogar	Ingresos Brutos ANUALES Max		Ingresos Brutos MENSUALES Max
1	\$32,805	o	\$2,734
2	\$44,370	o	\$3,698
3	\$55,935	or	\$4,661
4	\$67,500	o	\$5,625
5	\$79,065	o	\$6,589
6	\$90,630	o	\$7,553
7	\$102,195	o	\$8,516
8	\$113,760	o	\$9,480
8+ agregue la siguiente cantidad por persona	\$11,565	or	\$964

Por favor, complete la siguiente información:

Número de Personas en el Hogar: _____

El hogar incluye al solicitante y, según corresponda, a su cónyuge y/o a todas las demás personas que pueden ser reclamadas como dependientes a efectos fiscales.

Ingreso Bruto Total del Hogar: _____ Mensual Anual

Este es el ingreso bruto ajustado que esta en su formulario de impuestos 1040 del IRS más reciente. Si más de una persona en el hogar declaró impuestos, proporcione la suma de los ingresos brutos ajustados. Si no hizo sus impuestos, proporcione el total de todas las fuentes de ingresos de todas las personas en el hogar que reciben ingresos.

*La gráfica de Elegibilidad de Ingresos se actualiza durante febrero de cada año.

VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Documentos Requeridos para la Verificación de Ingresos de Todos los Miembros del Hogar

Proporcione una copia completa del formulario federal de impuestos Formulario 1040 (páginas 1 y 2) o la Transcripción de la Declaración de impuestos del año fiscal más reciente para todos los miembros del hogar que declararon impuestos. **Redacte toda la información confidencial, como los números de seguro social, cuando envíe la copia.** Puede obtener una Transcripción de Declaración de Impuestos gratis en www.irs.gov/individuals/get-transcript. Si algún dependiente es mayor de 17 años, proporcione documentación que verifique sus ingresos o una declaración sobre su estado de ingresos.

O: Si no presentó una declaración de impuestos el año pasado, debe proporcionar la siguiente:

1) Una breve explicación de por qué no declaró impuestos el año pasado:

2) Copias de la documentación de todas las agencias emisoras que verifiquen los ingresos del hogar que identificó. Esta documentación debe cubrir los últimos 60 días **para todos los miembros del hogar** que reciben ingresos. La documentación debe identificar al individuo y la cantidad de ingresos recibidos. Los ejemplos de documentación aceptable incluyen, entre otros, los siguientes:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Talones de cheques; o | <input type="checkbox"/> Asistencia General (GA) o Ayuda General (GR); o |
| <input type="checkbox"/> W-2(s) del último año; o | <input type="checkbox"/> Cobertura médica subsidiaria públicamente (Medi-Cal); o |
| <input type="checkbox"/> Carta de jubilación del Seguro Social, Ingreso Suplementario por Discapacidad (SSI), o beneficios de Medicare; o | <input type="checkbox"/> Programa de Vales de Elección de Vivienda, proveer copias del contrato de pagos de asistencia para hogar (HAP); o |
| <input type="checkbox"/> Pago Suplementario Estatal (SSP); o | <input type="checkbox"/> CAL Fresh; o |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF); o | <input type="checkbox"/> Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKS) |

CERTIFICAR

Reconozco que la información proporcionada en este formulario se utilizará para evaluar y verificar mi elegibilidad de bajos ingresos para el programa de Cambio de Chimeneas y Estufas de Leña. Mi firma da mi consentimiento para que esta información se comparta con otras agencias gubernamentales. Declaro, bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California, que a lo mejor de mi conocimiento, la información de esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que enviar información falsa puede resultar en una condena penal o en una sanción civil de no menos de \$150 y no más de \$1000, y que no seré elegible para recibir asistencia en el futuro.

Firma

Fecha