



Declaración de ingresos

Nombre del cliente: _____ Identif. del cliente _____

Entiendo que debo proporcionar prueba de mis ingresos para que se establezca mi cuota por los servicios que reciba en el Community Reach Center. Esto es de acuerdo con la tabla de la capacidad para pagar de la División de Salud Mental del Departamento de Servicios Humanos del Estado de Colorado.

Le daré al Community Reach Center esas pruebas de cada uno de los miembros de mi familia que contribuya al ingreso de la familia. Los ingresos incluyen los sueldos obtenidos, jubilación, manutención de hijos menores, pensión alimenticia, ingresos por inversiones, dinero recibido de la asistencia pública y dinero recibido como regalo como ayuda para mantener a la familia.

____ Estoy recibiendo ingresos del Seguro Social por \$_____ al mes.

____ Estoy recibiendo ingresos del Seguro Social por discapacidad por \$_____ al mes.

Declaro que el total de ingresos de mi familia es de \$_____ () al año () al mes.

Estos ingresos mantienen a _____ adultos (incluyéndome a mí) y a _____ niños menores de 18 años de edad.

Entiendo que esta información debe ponerse al día cada año y que se me puede pedir que firme este formulario en cada ocasión.

Firma del cliente

Fecha

Testigo (personal del CRC)

Fecha