



## Programa de Asistencia Financiera 2025–2026

### Formulario de Solicitud y Certificación de Ingresos

Por favor, escriba en letra de molde.

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

**TAMAÑO DE LA FAMILIA** (este número debe coincidir con su declaración de impuestos):

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐

**INGRESO FAMILIAR:** Mi ingreso familiar anual actual de todas las fuentes es: \$ \_\_\_\_\_

**Nota:** El ingreso familiar significa el ingreso total de todas las personas que viven en el mismo hogar y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que se benefician de las actividades (este número debe coincidir con su declaración de impuestos).

Para determinar con precisión el ingreso de su hogar, debe incluir el ingreso de todas las personas que viven en su casa de todas las fuentes.

#### Documento Aprobado para la Verificación de Ingresos

Puede proporcionar una copia de su Declaración de Impuestos Federales de 2025 o 2026 para la verificación de ingresos O

Si no está disponible, puede proporcionar comprobante de participación en programas de asistencia aprobados como CalWORKs (TANF), WIC, CalFresh (SNAP), **Medi-Cal/Medicare, SSI o SSDI.**

**NOTA:** La asistencia financiera se basa en la verificación de ingresos y la disponibilidad de fondos. La asistencia se otorgará por orden de llegada hasta que se agoten los fondos. Todos los fondos otorgados deben utilizarse antes del 30 de junio de 2025.

#### DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE:

Por la presente certifico que la información en este formulario es exacta y completa. Entiendo que esta autocertificación puede estar sujeta a verificación adicional por parte de la agencia que brinda los servicios.

**Firma:**

**Fecha:**

Solo para uso de la oficina

Tax return year \_\_\_\_\_ Annual income \_\_\_\_\_ Verified by \_\_\_\_\_

## Programa de Asistencia Financiera 2025–2026

### Formulario de Solicitud y Certificación de Ingresos

Una solicitud por familia. Por favor complete la solicitud en su totalidad.  
No se aceptarán solicitudes incompletas.  
Por favor, incluya únicamente a las personas para quienes utilizará la asistencia.

1. Nombre del niño(a):: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento:: \_\_\_\_\_ Interés en el programa:: \_\_\_\_\_  
(Mes/Día/Año)

2. Nombre del niño(a):: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento:: \_\_\_\_\_ Interés en el programa:: \_\_\_\_\_  
(Mes/Día/Año)

3. Nombre del niño(a):: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento:: \_\_\_\_\_ Interés en el programa:: \_\_\_\_\_  
(Mes/Día/Año)

4. Nombre del niño(a):: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento:: \_\_\_\_\_ Interés en el programa:: \_\_\_\_\_  
(Mes/Día/Año)

#### Envíe la notificación de aprobación a:

Padre/Madre/Tutor: \_\_\_\_\_  
(Escriba en letra de molde)

Teléfono: \_\_\_\_\_  
Si tenemos alguna pregunta sobre su solicitud, lo contactaremos a este número.

Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
La información de aprobación se enviará a este correo electrónico.