



HOJA DE CÁLCULO DE INGRESOS DEL PROGRAMA FINANCIADO POR EL DOL

Nombre del Solicitante		Fecha de Nacimiento	
-------------------------------	--	----------------------------	--

Cálculo de Dependientes y Miembros del Hogar (marque todas las que correspondan)

☐ Tiene un número de Seguro Social

Y

☐ Usted está relacionado con la persona que lo reclama como dependiente.

- Esto incluye ser hijo, hija, hijo adoptivo, hijastro, hijo adoptivo o descendiente de cualquiera de estos parientes (por ejemplo, un nieto) de la persona que lo reclama como dependiente. **O**
- el hermano, hermana, medio hermano, media hermana, hermanastro, hermanastra o descendiente de cualquiera de estos parientes (por ejemplo, una sobrina o sobrino) de la persona que lo reclama como dependiente

Y

☐ Cumple con uno de los siguientes requisitos de edad.

- Es menor de 19 años y menor que la persona o al menos un miembro de una pareja casada. **O**
- Es un estudiante de tiempo completo menor de 24 años y menor que el individuo o un miembro de una pareja casada. **O**
- Está permanente y totalmente discapacitado independientemente de su edad.

Y

☐ Vive con la(s) persona(s) en los Estados Unidos durante más de la mitad del año (es decir, al menos 183 días)

Y

☐ No estás siendo reclamado como dependiente por otra persona.

Consulte este enlace para obtener la definición completa de dependiente:

<https://dwd.wisconsin.gov/wioa/policy/appendices/A.9.htm>

¿Alguno de los miembros de su familia lo reclama como dependiente? ☐ Sí ☐ No

(Debe cumplir con todos los criterios enumerados anteriormente para ser considerado dependiente)

A efectos del cálculo de los ingresos, una **familia** se define como dos o más personas relacionadas por sangre, matrimonio o decreto judicial, que viven en una sola residencia y están incluidas en una o más de las siguientes categorías:

- Una pareja casada e hijos dependientes;
- Padre o tutor e hijos dependientes;
- Una pareja casada

Incluyéndose a usted mismo, ¿cuántos miembros de la familia (incluidos los dependientes) residen con usted?

_____ (Estas personas se enumerarán por nombre en la página 3)

Cálculo de ingresos: ¿Qué ingresos reciben usted y su familia actualmente o han recibido en los últimos 6 meses?

Usted	Miembro de la familia	Ingresos a incluir (por los propósitos de los programas WIOA Título I-B, lo siguiente se cuenta como ingreso)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ganancias brutas de salarios, pagos, propinas, honorarios, comisiones, bonificaciones en efectivo y tipos similares de compensación por servicios. (Siempre cuente los ingresos brutos del solicitante, independientemente de la edad).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ingreso neto derivados de la propiedad o propiedad parcial de una empresa o granja (trabajo por cuenta propia)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Compensación por desempleo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Compensación laboral
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manutención o pagos de mantenimiento separados
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manutención de los hijos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguro Social (Seguro de Vejez, Sobrevivientes, Seguro por Incapacidad)*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ingresos netos por alquiler*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Regalías*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ingresos de sucesiones, fideicomisos y pólizas de seguro de vida*

*** Enumerar como OTRO en FUENTE en la hoja de trabajo**

Usted	Miembro de la Familia	Ingresos a excluir (para los fines de los programas del Título I-B de WIOA, se deben informar los siguientes ingresos)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ingresos de los miembros menores de 18 años
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ingresos de los miembros que tienen entre 18 y 26 años <u>y</u> están en la escuela
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pago, asignaciones o beneficios de Militares o Veteranos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asistencia pública (por ejemplo, programas gubernamentales de asistencia en efectivo como W2, FoodShare)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pagos de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cualquier asignación, ingresos o pagos derivados de la participación en los programas de WIOA Título I-B
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préstamos, subvenciones o becas

<O> ☐ No tengo ingresos ni gastos mensuales (alquiler, servicios públicos, comida, etc.) explique _____

Employ Milwaukee es un empleador y proveedor de servicios que ofrece igualdad de oportunidades. Las ayudas y servicios auxiliares están disponibles a pedido de las personas con discapacidades. Si necesita que esta información se interprete a un idioma que comprenda o en un formato diferente, comuníquese con Carrie Hersh, Oficial de Igualdad de Oportunidades, al 414-270-1726 o al Carrie.Hersh@EmployMilwaukee.org. Las personas sordas o con problemas de audición o del habla pueden comunicarse con nosotros al número de retransmisión de Wisconsin 711.

¡IMPORTANTE! Este documento contiene **información importante** sobre sus derechos, responsabilidades y/o beneficios. Es fundamental que comprenda la información de este documento, y le proporcionaremos la información en su idioma preferido sin costo alguno para usted. **Llame al (414)-270-1726** para obtener ayuda en la traducción y comprensión de la información de este documento.

¡IMPORTANTE! Este documento contiene **información importante** sobre sus derechos, responsabilidades y/o beneficios. Es importante que usted entienda la información en este documento. Nosotros le podemos ofrecer la información en el idioma de su preferencia sin costo alguno para usted. **Llame al (414)-270-1726** para pedir asistencia en traducir y entender la información en este documento.

¡TSEEM CEEB! ! Daim ntawv no muaj ib **cov lus tseem ceeb** qhia paub txog koj cov cai, cov luag hauj lwm thiab/los yog cov kev pab. Nws yog ib qho tseem ceeb uas koj yuav tau to taub cov lus nyob hauv daim ntawv no, thiab peb yuav muab tau cov lus no txhais ua koj hom lus yam koj tsis tau them nyiaj dab tsi. **Hu rau (414)-270-1726** yog xav tau kev pab kom muab cov lus nyob hauv daim ntawv no txhais rau koj kom koj to taub.

HOJA DE CÁLCULO DE INGRESOS DEL PROGRAMA FINANCIADO POR EL DOL

Fecha de cálculo de ingresos		Fecha 6 Meses Antes	
-------------------------------------	--	----------------------------	--

Para determinar los ingresos de su familia para esta solicitud, enumere a todos los miembros de la familia que vivieron en la misma residencia que usted durante los últimos seis meses.

Nombre (calculado en la página 1)	Relación con usted	Edad	Salarios (ingresos del trabajo)		Otros ingresos incluidos		
			Cantidad	Frecuencia	Fuente	Cantidad	Frecuencia
	Propio						

Al firmar a continuación, certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Firma del Solicitante	Fecha de Firma

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PERSONAL

Ingreso Anual del Solicitante			<input type="checkbox"/> Igual o inferior al 100% del FPL	<input type="checkbox"/> En o por debajo del 70% de LLSIL	<input type="checkbox"/> Tampoco
Tamaño de la Familia		Ingreso Anual de la Familia		<input type="checkbox"/> Igual o inferior al 100% del FPL	<input type="checkbox"/> En o por debajo del 70% de LLSIL
				<input type="checkbox"/> Tampoco	

Visite este sitio <https://dwd.wisconsin.gov/wioa/llsil-fpl.htm> para determinar la línea federal de pobreza y el nivel de ingresos del nivel de vida más bajo. La tabla también está disponible en los programas ASSET. Nota: Si el solicitante está por debajo de AMBOS niveles de ingresos, elija el nivel con el monto en dólares más alto.

Al firmar a continuación, doy fe de que la persona cuya firma aparece arriba proporcionó la información registrada en esta solicitud. Entiendo que no verificar adecuadamente la información a la que se hace referencia en este documento podría generar costos no permitidos para mi empleador.

Nombre Impreso del Personal	Firma del Personal	Fecha de Firma