

## Solicitud de Escala Variable de Honorarios

**Información del Solicitante**

Apellido(s) \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección Física \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

¿Tiene usted algún seguro de salud?  Sí o No  No. de Miembros de la Familia \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿cuál seguro? \_\_\_\_\_

Enumere a cada persona que vive en el hogar, incluya: Solicitante, Cónyuge/Pareja, Hijos y otras personas que vivan en el hogar

Apellido(s)	Primer Nombre	2° Nombre	Fecha de Nacimiento	jefe el hogar (marque uno)	Nombre del Empleador o Fuente de Ingresos	Parentesco	No. de Registro Médico
						Yo Mismo/a	

Desglose los ingresos por el lugar de donde provienen:

<b>Empleo</b>	\$	<b>Incapacidad</b>	\$
<b>Desempleo</b>	\$	<b>Fondos de la Pensión</b>	\$
<b>Auto-Empleo</b>	\$	<b>Ahorros/Fideicomisos</b>	\$
<b>Seguro Social</b>	\$	<b>Beneficios del Dpto. de Asuntos de Veteranos</b>	\$
<b>Manutención de Menores</b>	\$	<b>Apoyo Conyugal</b>	\$
<b>Subsidio de Vivienda</b>	\$	<b>Becas/Subvenciones /Estipendios de Capacitación</b>	\$
<b>Asignaciones Familiares Militares</b>	\$	<b>Otro Apoyo Financiero</b>	\$
<b>Apoyo de un Miembro de la Familia</b>	\$		\$

	Importe (antes de impuestos)	Veces	Anualizado
Semanal	\$	X 52	
Cada Dos Semanas	\$	X 26	
Quincenal	\$	X 24	
Mensual	\$	X 12	
Anual	\$	X 1	

\_\_\_\_\_

Mi firma a continuación certifica bajo pena de perjurio que todas las declaraciones hechas en esta declaración de elegibilidad para el recibo de fondos federales son verdaderas, exactas y completas.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha