

**FCTY Formulario de Ingresos y Empleo**

*Proporcione TODA la información solicitada a continuación. Los formularios incompletos no serán procesados. Toda la información será confidencial.* *Tenga en cuenta que hay dos páginas en este formulario.*

**Nombre de Jugador(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Equipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** E**ntrenador(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

¿Donde esta empleado actualmente?

***Padre/Madre #1*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está empleado a tiempo completo o medio tiempo? tiempo completo: \_\_\_\_ medio tiempo: ¿Empleado por cuenta propia? Sí \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Padre/Madre #2*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está empleado a tiempo completo o medio tiempo? tiempo completo: \_\_\_\_ medio tiempo: ¿Empleado por cuenta propia? Sí \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Alguien en su hogar recibió asistencia pública en 2020 o alguien está recibiendo asistencia pública en 2021 (marque todo lo que corresponda)? 2020 2021

AHCCCS o Medicaid \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Pagos de estímulo federal*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cupones de Alimentos o SNAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Programa de almuerzo escolar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beneficios por incapacidad del Seguro Social  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Supplemental Security Income (SSI) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Temporary Assistance for Needy Families (TANF) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Asistencia para la vivienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Compensación de trabajadores \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*\* Indique el monto de 2021 pagos de estímulo federal: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si presentó una declaración conjunta, enumere el ingreso bruto ajustado (AGI) que apareció en el formulario 1040 de su declaración de impuestos federales sobre la renta de 2020: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si presentó una declaración por separado, enumere el ingreso bruto ajustado (AGI) para cada padre o tutor.

Padre/Tutor #1, AGI: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padre/Tutor #2, AGI: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuál anticipa que será el AGI combinado para su hogar en 2021? (Si los padres presentaron por

separado, enumere el total combinado anticipado 2021 AGI.) $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si trabaja por cuenta propia, su Anexo C de su declaración de impuestos federales de 2020 debe acompañar a esta solicitud. Enumere sus ingresos brutos y ganancias netas de su Anexo C.

2020 Ingresos Brutos: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 Ganacias Netas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si estuvo desempleado durante 2020 o 2021, enumere los meses que estuvo desempleado a continuación para cada miembro del hogar de 19 años o más.

2020 2021

Meses desempleados Meses desempleados

Nombre 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Describa brevemente cualquier problema o gasto específico actual que afecte negativamente su capacidad de pagar las tarifas de FCTYSC. Por ejemplo, ¿ha encontrado gastos médicos imprevistos por una enfermedad o accidente, tuvo una muerte en la familia, perdió su trabajo o le cortaron las horas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Enviar formulario completado a: Charlie MacCabe, 7920 E. Birwood Rd., Tucson, 85750 -- charliemacc2@msn.com***