



CT-NAP (CONNECTICUT NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM)

**FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE
NECESITA EN EL HOGAR**

PRIMER NOMBRE (JEFE DE FAMILIA)

APELLIDO (JEFE DE FAMILIA)

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)

Incluyéndote a ti, cuántas personas viven en su hogar:

Niños (0 - 17)	Adultos (18 - 59)	Personas mayores (60+)	Hombre	Mujer	Negro	Blanco	Hispanos	Asiático o PAC. ISL.	Otros

Opción # 1: Marque usted las casilla, en los programas que usted participa:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> SNAP (estampillas de comida) | <input type="checkbox"/> SSI |
| <input type="checkbox"/> Asistencia de energía | <input type="checkbox"/> SAGA |
| <input type="checkbox"/> Comidas escolares | <input type="checkbox"/> TANF |
| <input type="checkbox"/> Husky A o B | <input type="checkbox"/> Sección 8 |
| <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> Ayuda a los ciegos o incapacitados |

Opción #2: Círcule el tamaño de su familia. Si su ingreso bruto anual está **en o por debajo de** la cantidad que se enumeran en esta tabla.

1	2	3	4	5	6	7	8
\$28,341	\$38,164	\$47,987	\$57,810	\$67,633	\$77,456	\$87,279	\$97,102

POR CADA PERSONA ADICIONAL EN SU FAMILIA DE 8, AÑADA \$9,823

Yo certifico que mi ingreso bruto anual está en o por debajo de los ingresos listados en este formulario para los hogares de la misma cantidad de personas como mi hogar, o que mi hogar participa en los programa que he marcado en este formulario. A mi entender este formulario será sometido a el recibo de asistencia Federal. La información sometida puede ser colaborada con los oficiales la cual certifico es correcta. Entiendo que hacer una certificación falsa puede resultar en tener que pagar a la agencia estatal por el valor de los alimentos emitido incorrectamente a mí persona y me pueden someter a un proceso civil o criminal bajo leyes estatales y federales. También certifico que, a partir de hoy, mi familia vive en Connecticut.

FIRMA (JEFE DE FAMILIA)

LA FECHA DE HOY (MM/DD/AA)