

## Sliding Fee Discount Program

Programa de Descuento de Tarifas deslizantes

## SELF DECLARATION OF INCOME

AUTODECLARACIÓN DE INGRESOS

Complete **ONLY** IF there is no other way to document your household income.

**Eligibility Period - 6-months**

Complete **SOLAMENTE** SI no hay otra manera de documentar los ingresos de su hogar.

**Período de elegibilidad - 6 meses**

Applicant's Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

(City) \_\_\_\_\_ (State) \_\_\_\_\_ (ZIP) \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

(Cuidad) \_\_\_\_\_ (Estado) \_\_\_\_\_ (Código Postal) \_\_\_\_\_

### INFORMATION REQUIRED:

1. Explain in detail the reason(s) you are unable to provide documentation of your household income.

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

2. Do you or anyone in your household receive public or charity assistance to help pay for living expenses?

☐ Yes ☐ No

### INFORMACION REQUERIDA:

1. Explicar en detalle la(s) razón(es) por la(s) que no puede proporcionar documentación de los ingresos de su hogar.

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

2. ¿Usted o cualquier persona en su hogar recibe asistencia pública o de caridad para ayudar a pagar los gastos de vida

☐ Sí ☐ No

A. IF YES, check the appropriate types of assistance and state the amounts received each month.

A. EN CASO AFIRMATIVO, compruebe los tipos apropiados de asistencia e indique los importes recibidos cada mes.

| TYPE OF ASSISTANCE / TIPO DE ASISTENCIA                                                                                                            | MONTHLY AMOUNT / CANTIDAD MENSUAL |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Food / Comida                                                                                                                                      | \$                                |
| Housing/Utilities / Vivienda/Utilidades                                                                                                            | \$                                |
| Texas Temporary Assistance for Needy Families (TANF) program / Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas de Texas (TANF), programa | \$                                |
| Child Support payments / Pagos de manutención infantil                                                                                             | \$                                |
| Other: / Otro:                                                                                                                                     | \$                                |

Please provide documentation. (Example: Section 8 Housing Choice Voucher or Public Housing documentation.)

Proporcione la documentación. (Ejemplo: Sección 8 Bono de opción de vivienda o documentación de vivienda pública.)

B. IF you **DO NOT** receive assistance, explain how you have been meeting your essential living needs (food, shelter, utilities, toiletries, cell phone and transportation).

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

B. SI **NO** recibe asistencia, explique cómo ha estado satisfaciendo sus necesidades esenciales de vida, como alimentos, refugio, servicios públicos, artículos de tocador, teléfono celular y transporte.

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

I understand this disclosure and certify the information above is TRUE, ACCURATE and COMPLETE to the best of my knowledge and belief.

Entiendo esta divulgación y certifico que la información anterior es VERDADERA, PRECISA y COMPLETA a lo mejor de mi conocimiento y creencia.

**DISCLOSURE:** I agree that any misleading or falsified information, and/or omissions may disqualify me from further consideration for the Sliding Fee Discount Program and will subject me to possible penalties under the laws of the State of Texas which may include fines and imprisonment. If I am eligible for discounted services, I agree to inform CHW within 14-days if there is a significant change in my income.

**DIVULGACION:** Acepto que cualquier información engañosa o falsificada, y/o omisiones pueden descalificarme de consideración adicional para el Programa de Descuento de Tarifas de Deslizamiento y me someteré a posibles sanciones bajo las leyes del Estado de Texas que pueden incluir multas y encarcelamiento. Si soy elegible para servicios con descuento, acepto informar a CHW dentro de los 14 días si hay un cambio significativo en mis ingresos.

Applicant (signature): \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Solicitante (firma) \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_