Departamento de Saúde Pública de Massachusetts
Programa de Intervenção Precoce
Formulário de Comprovação de Renda

Data: _____ / _____ / _____ Programa de Intervenção Precoce _____

SEÇÃO A: INFORMAÇÕES DE IDENTIFICAÇÃO

Nome jurídico da criança: _____ Data de nascimento da criança: ___/ _____ / _____

Nome do pai/mãe/responsável: _____ Telefone: (_____ _) _____

Endereço do pai/mãe/responsável: _____ _____ _____

SEÇÃO B: DOCUMENTAÇÃO USADA PARA COMPROVAÇÃO DE RENDA

Todas as famílias devem apresentar comprovação de renda para determinar a taxa anual. As famílias que recebem MassHealth estão isentas da taxa anual. Por favor marque todos itens correspondentes (basta apresentar um documento de comprovação).

Documento	**Renda Anual do Grupo Familiar**
❑ Declaração mais recente de Imposto *(Formulário 1040=linha 22, 1040A=linha 15; 1040EZ=linha 4; Imposto do Estado = linha 10)*	
❑ Formulário(s) W2 e/ou 1099 *(Formulário W2=linha 1, 1099=total das linhas 1, 2 e 3)*	
❑ Últimos dois(2) contra-cheques consecutivos ❑ Quantia semanal _____ ❑ Quantia bisemanal _____ ❑ Quantia mensal _____	
❑ Declaração por escrito do salário ou compensação (deve incluir o nome da empresa/empregador, endereço, telefone e assinatura do supervisor/pessoal de recursos humanos)	

Tamanho da família _____ **Valor da taxa anual** _____

SEÇÃO C: ATESTADO DO FUNCIONÁRIO E DOS PAIS

Por este meio afirmo que a informação fornecida, revisada e documentada acima é verdadeira e completa ao melhor do meu conhecimento.

Assinatura do pai/mãe/responsável: _____ **Data:** _____

Assinatura do funcionário: _____ **Nome impresso:**_____