

Formulario de Subvención Crossroad Health Center

Año 2015

Nombre del Paciente/ Guardián _____

Crossroad Health Center recibe fondos de subvención para compensar algunos de nuestros costos y también prestar atención a los necesitados. Ayúdenos por favor a encontrar nuestros requisitos de cobertura completando esta forma.

1. En el cuadro de la izquierda, por favor, indique el número de miembros de la familia en su hogar.
2. En la misma fila, por favor, marque el ingreso correspondiente de todos los miembros de la familia que los apoyan.

2015

Tamaño de Familia	Ingreso Familiar (1)	Ingreso Familiar (2)	Ingreso Familiar (3)	Ingreso Familiar (4)
1	Menos de 11,770	11,771– 17,655	17,656-23,540	Mas de 23,540
2	Menos de 15,930	15,931-23,895	23,896-31,860	Mas de 31,860
3	Menos de 20,090	20,091-30,135	30,136-40,180	Mas de 40,180
4	Menos de 24,250	24,251– 36,375	36,376 – 48,500	Mas de 48,500
5	Menos de 28,410	28,411– 42,615	42,616 – 56,820	Mas de 56,820
6	Menos de 32,570	32,571 – 48,855	48,856 - 65,140	Mas de 65,140
7	Menos de 36,730	36,731 – 55,095	55,096- 73,460	Mas de 73,460
8	Menos de 40,890	40,891 – 61,335	61,336– 81,780	Mas de 81,780

Firma _____ Fecha _____

Grant Data Collection Form
Last Review _____ Intials _____