Hoja de cálculo de los ingresos del grupo familiar para la SCRIE/DRIE (Cómo calcular los ingresos de su grupo familiar)

Consulte la hoja de cálculo de ingresos adjunta. Use esta hoja de cálculo como herramienta para determinar los ingresos totales anuales de su grupo familiar para el año anterior. Complete la sección de ingresos para cada miembro del grupo familiar. Si hay más de dos miembros adicionales del grupo familiar que vivan con usted, suministre esta información en una hoja separada y adjúntela a su solicitud.

Antes de comenzar, debe:

- Reunir todos los documentos de ingresos del 2015, suyos y de cada miembro del grupo familiar.
- Ingresar el monto total percibido en las casillas provistas para el tipo de ingresos correspondiente en la hoja de cálculo.

FUENTES DE INGRESOS:

Línea 1: Beneficios de Seguro Social (Social Security Benefits, SSA)

Ingrese el monto total bruto de cualquier beneficio de jubilación o de sobreviviente que usted y cada miembro del grupo familiar haya recibido de la Administración del Seguro Social en 2015. *Consulte el Formulario 1099 de la SSA, el formulario 1040 línea 20a del Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service, IRS). NO incluya reembolsos de Medicare/Medicaid por gastos médicos.*

Línea 2: Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI)

Usted también debe incluir cualquier Ingreso por Discapacidad del Seguro Social (Social Security Disability Income, SSDI) recibido por cada miembro del grupo familiar. *Consulte todas las cartas de otorgamiento de beneficio para los beneficios recibidos en 2015.*

Línea 3: Seguro Complementario del Seguro (Supplemental Security Insurance, SSI)

Usted también debe incluir cualquier Ingreso Complementario de Seguridad (SSI) recibido en 2015 por cada miembro del grupo familiar incluyendo los beneficios recibidos por hijos dependientes en el grupo familiar. *Consulte todas las cartas de otorgamiento de beneficio para los beneficios recibidos en 2015.*

Línea 4: Beneficio de Veteranos (Veterans Affairs, VA) o Compensación/Pensiones por discapacidad de VA

Ingrese el monto total bruto de todos los beneficios que usted y cada miembro del grupo familiar haya recibido por beneficios de VA de la pensión por discapacidad del Departamento de Asuntos de Veteranos de Estados Unidos. Entregue copias de todas las cartas de beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos que indiquen cuánto recibió en 2015.

Línea 5: Sueldos/Salarios/Propinas

Ingrese el monto total de sueldos, salarios y propinas recibidas por usted y cada miembro del grupo familiar en 2015. *Consulte la casilla 1 del W-2, la casilla 7 del formulario 1099-MISC, la línea 7 del formulario 1040 del IRS, la línea 1 del formulario IT-201 del Estado de Nueva York (New York State, NYS).*

Línea 6: Pensión

Ingrese el monto total de pensiones recibidas por usted y cada miembro del grupo familiar en 2015.

Línea 7: Pagos por discapacidad/compensación de trabajadores

Ingrese el monto total de la compensación de trabajadores recibida por usted y cada miembro del grupo familiar en 2015. Entregue una copia de su carta de otorgamiento con su solicitud.

Línea 8: Intereses gravables y no gravables

Ingrese el monto total de todos los intereses gravables y no gravables recibidos por usted y cada miembro del grupo familiar en 2015. *Consulte la casilla 1 del formulario 1099 INT, líneas 8a y 8b del 1040, la línea 2 del formulario IT-201 del NYS.*

Línea 9: Dinero en efectivo de la Asistencia Pública

Ingrese el monto total de cualquier ayuda en efectivo recibida por usted y cada miembro del grupo familiar en 2015. Entregue copias de la carta presupuestaria con su solicitud para cada miembro del grupo familiar que recibió ayuda en efectivo. El Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)/cupones de alimentación no deben incluirse en los ingresos de su grupo familiar.

Línea 10: Ingresos comerciales

Ingrese las fuentes de ingresos comerciales netos recibidos por usted y cada miembro del grupo familiar en 2015. *Consulte la línea 12 del formulario 1040 del IRS, la línea 6 del formulario IT-201 del NYS. No incluya pérdidas.* Los ingresos comerciales netos son el resultado de restar los ingresos brutos menos los gastos.

Línea 11: Ganancias de capital

Ingrese el monto total de cualquier ganancia de capital gravable recibida por usted y cada miembro del grupo familiar en 2015. *Consulte las líneas 13 y 14 del formulario 1040 del IRS, las líneas 7 y 8 del formulario IT-201 del NYS. NO incluya pérdidas.*

Línea 12: Ganancias de su Cuenta de Jubilación Individual (IRA)

Ingrese el monto total de ganancias de la IRA recibidas por usted y cada miembro del grupo familiar en 2015. Adjunte una copia de su declaración de ingresos de cierre de año del 2015. *NO incluya los montos totales de distribución. NO incluya conversiones o transferencias de la IRA.*

Línea 13: Ganancias por Rentas vitalicias

Ingrese el monto total de las ganancias por Rentas vitalicias recibidas por usted y cada miembro del grupo familiar en 2015. Adjunte una copia de su declaración de ingresos de cierre de año del 2015. *NO incluya los montos totales de distribución.*

Line 14: Todos los otros ingresos

Ingrese todos los otros ingresos percibidos en 2015. Otros ingresos incluyen (pero no se limitan a) ingresos por rentas, rentas de huéspedes, ingresos de sucesiones o fideicomisos, pensiones, pagos de manutención infantil, ganancias de apuestas, dividendos gravables y no gravables, cancelaciones de deuda y apoyos monetarios recibidos de familiares/amigos para la renta.

Línea 15: Sume desde la línea 1 hasta la 14 e ingrese el monto.

DEDUCCIONES APLICABLES

Línea 16: Impuestos federales pagados

Línea 17: Impuestos estatales pagados

(Casilla 17 del W-2, formulario 1099: casilla de impuesto estatal retenido-2, formulario IT-201 de NYS, consulte la línea 72)

Línea 18: Impuestos locales pagados

(Casilla 19 del W-2, la línea 73 del formulario IT-201 del NYS)

Línea 19: Impuestos del Seguro Social pagados

(Casilla 4 del W-2)

Línea 20: Sume desde la línea 16 hasta la 19 e ingrese el monto.

INGRESOS TOTALES DEL GRUPO FAMILIAR

Línea 21: Reste la línea 20 de la línea 15 e ingrese el monto.

Complete esta sección, pero no la envíe con su solicitud

Hoja de cálculo de ingresos de precalificación para la SCRIE/DRIE

	Fuentes de ingresos percibidos	Solicitante	Miembro N° 1 del grupo familiar	Miembro N° 2 del grupo familiar	TOTALES
1	Beneficios del Seguro Social (SSA) *(Casilla 5 del SSA-1099, línea 20a del formulario 1040 IRS)*	$	$	$	$
2	Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI) *(Declaración de beneficios del SSDI)*	$	$	$	$
3	Seguro Complementario del Seguro (SSI) *(Declaración de beneficios del SSI)*	$	$	$	$
4	Beneficios de Veteranos (VA) o Compensaciones/Pensiones por discapacidad de VA *(Distribuciones brutas de la Declaración anual de beneficios)*	$	$	$	$
5	Sueldos/Salarios/Propinas *(Casilla 1 del W-2, la casilla 7 del 1099-MISC, la línea 7 del formulario 1040 del IRS, la línea 1 del formulario IT-201 del NYS)*	$	$	$	$
6	Pensiones *(casilla 1 1099R, pensión total anual del estado de cuenta de pensión, línea 16a del formulario 1040 IRS)*	$	$	$	$
7	Pagos por discapacidad/compensación de trabajadores *(Adjuntar carta de otorgamiento)*	$	$	$	$
8	Intereses gravables y no gravables *(Casilla 1 del 1099-INT, líneas 8a y 8b del formulario 1040 IRS)*	$	$	$	$
9	Dinero en efectivo de Asistencia Pública *(Carta presupuestaria de Asistencia pública)*	$	$	$	$
10	Ingresos comerciales *(Línea 12 del 1040: NO incluya pérdidas, línea 6 del formulario IT-201 del NYS)*	$	$	$	$
11	Ganancias de capital *(Línea 13 del formulario 1040 del IRS, la línea 7 del formulario IT-201 del NYS: NO incluya pérdidas)*	$	$	$	$
12	Ganancias de su IRA *(Declaración de ingresos de cierre de año:NO incluya el monto de su distribución)*	$	$	$	$
13	Ganancias de anualidades *(Declaración de ingresos de cierre de año:NO incluya el monto de su distribución)*	$	$	$	$
14	Todos los otros ingresos *(Consulte la guía de preguntas frecuentes para ver la lista de las fuentes de ingresos)*	$	$	$	$
15	**INGRESOS TOTALES (sume desde la línea 1 hasta la 14)** +	$	$	$	$
	Deducciones aplicables				
16	Impuestos federales pagados *(Casilla 2 del W-2, formulario 1099: casilla de impuesto federal retenido)*	$	$	$	$
17	Impuestos estatales pagados *(Casilla 17 del W-2, formulario 1099:casilla de impuesto estatal retenido)*	$	$	$	$
18	Impuestos locales pagados *(Casilla 19 del W-2)*	$	$	$	$
19	Impuestos del Seguro Social pagados *(Casilla 4 del W-2)*	$	$	$	$
20	**DEDUCCIONES TOTALES (sume desde la línea 16 a la 19)** +	$	$	$	$
21	**INGRESOS TOTALES (línea 15 menos la línea 20)** −	$	$	$	$

¿Cuál es el 1/3 de sus ingresos mensuales?

Tome el monto total de la **línea 21:** y divida (÷) ese monto entre 36 =	$

¿Es este monto mayor a la renta que paga actualmente? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es SÍ, es POSIBLE QUE NO sea elegible. Sin embargo, puede continuar con la solicitud. Si su solicitud es rechazada, puede hacer una nueva solicitud el próximo año.