

NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (últimos 4 dígitos)
-----------------------------------	---

FORMULARIO 7. VERIFICACIÓN DE GASTOS POR DISCAPACIDAD NO REEMBOLSADOS

<p>Si su familia tiene un <u>gasto no reembolsado por pagos efectuados a un asistente</u> (auxiliar sanitario a domicilio para un adulto discapacitado o niñera para un niño discapacitado de 13 años de edad o más) o <u>equipo médico</u> (como por ejemplo, una silla de ruedas) para un miembro del grupo familiar discapacitado y, como resultado de este gasto, usted o cualquier miembro del grupo familiar pudieron obtener ingresos de un empleo, debe completar este formulario. Debe presentar la verificación de cualquier gasto por discapacidad en el que se hubiera incurrido durante los últimos 12 meses. Esto puede incluir un recibo por una silla de ruedas, rampa, adaptación para un vehículo o equipo especial para permitir que una persona ciega pueda leer y escribir.</p> <p style="text-align: center;">A SER COMPLETADO Y FIRMADO POR EL JEFE DE FAMILIA</p>	<p>¿Ha completado usted este formulario?</p>				
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No aplicable</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sí	No aplicable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sí	No aplicable				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

- ¿Su grupo familiar reúne los requisitos para una deducción por gastos por discapacidad?**
1. ¿Le paga usted a alguien para que cuide a un discapacitado de su grupo familiar? Sí No
 2. ¿Compró equipo médico para un discapacitado de su grupo familiar? Sí No
 3. ¿Usted u otro miembro del grupo familiar pudieron obtener ingresos de un trabajo gracias a incurrir en este gasto de pagar la atención por discapacidad? Sí No

Si respondió que sí a la pregunta 3 anterior, complete las siguientes casillas:

	Nombre del miembro del grupo familiar discapacitado:	Nombre del miembro del grupo familiar discapacitado:
	1. _____	2. _____
Gasto/s admisible/s por discapacidad: (Equipo médico o gastos por auxiliar sanitario)		
Importe adeudado o previsto para los próximos doce meses: (Entregue comprobante de gastos recurrentes o factura).		
Nombre/s y número de teléfono de la o las instituciones proveedoras de los servicios:		
Nombres del o de los miembros del grupo familiar que ganaron ingresos por este gasto para pagar la atención de un discapacitado:		

Nota: sólo la parte del gasto total por discapacidad que supere el 3% del ingreso anual de su grupo familiar es una deducción permitida. La deducción por el gasto por discapacidad no puede superar el importe total del dinero ganado por uno o más miembros del grupo familiar que puedan trabajar por incurrir en el gasto por discapacidad.

Certifico que la información que antecede es exacta y entiendo que, en virtud de la ley federal, el hecho de suministrar falsas declaraciones a una agencia del gobierno es pasible de sanción y puede dar como resultado la pérdida del subsidio.

_____ / _____ / _____

FIRMA DEL JEFE DE FAMILIA **FECHA**