



No. de Solicitud 2016-_____

Solicitud Para el Programa de Reembolso de Impuestos de Alimentos 2016

Para calificar para este reembolso la solicitud debe de ser llenada y devuelta a nuestra oficina o sellada para el 31 de mayo de 2017. Envié por correo la solicitud llenada al departamento de finanzas de la ciudad de Greeley, 1000 10th Street Greeley, CO 80631 o tráigala al departamento de finanzas en el edificio publico (City Hall), 1000 10th Street, Greeley CO. Las horas de oficina son de 8:00a.m. a 5:00p.m. de lunes a viernes.

Apellido(s)	Nombre	Primera Letra del Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	¿Esta Incapacitado el Solicitante? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono
Dirección de Correo (si es diferente a la de domicilio)	Ciudad	Estado	Código Postal	No. de Seguro Social del Solicitante página se parada
Nombre del Conyugue	Fecha de Nacimiento del Conyugue	¿Esta Incapacitado el Conyugue? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	No. de Seguro Social del conyugue página se parada	

¿Fue residente de Greeley por 10 meses en el 2016? Si No

¿Actualmente es un residente de Greeley? Si No

Miembros de la familia que califiquen deben de ser incluidos en la lista de abajo.

Nombre	Edad	¿Incapacitado?	No. de Seguro Social
1.		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2.		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3.		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5.		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6.		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7.		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8.		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Favor de utilizar la tabla de abajo para especificar fuentes de ingresos y cantidades. Incluya con esta solicitud documentos que comprueben la cantidad de ingresos. La solicitud será rechazada si la información no esta incluida. Puede incluir pero no se limita a las siguientes copias:

1. Sueldo, Salario, Propinas, etc.
2. Ingresos de renta, dividendos, etc.
3. Ingresos del Seguro Social, Ingresos suplementales del Seguro
4. Ingresos de Jubilación, V.A. benefits, Pensión a personas de la 3ra Edad
5. Asistencia Social (i.e. AFDC), Otro Tipo de Ingreso.

Incluya toda clase de ingresos pertinentes.	Ingresos de Ganancias Anuales por Familia
1. Sueldo, Salario, Propinas, y otras indemnizaciones de empleado	\$
2. Renta y dividendos	\$
3. Donaciones y Prestamos	\$
4. Ingresos de negocio, incluyendo ingresos agrícolas, alquileres, y derechos	\$
5. Beneficios del Seguro Social (excepto Medicare)	\$
6. Beneficios de Ingresos del Seguro Social	\$
7. Beneficios de Ingresos del Seguro Social para Incapacitados	\$
8. Apoyo de Servicios Sociales del Condado de Weld (AND, OAP, TANF, etc.)	\$
9. Cuidado Casero	\$
10. Manutención Infantil y Pensión	\$
11. Ingresos de Jubilación y Pensión anual	\$
12. Cualquier Otro Tipo de Ingresos--Por Favor Explique	\$
Ingreso Total 2016 (Sume las líneas del 1 al 12):	\$

Bajo pena de juramento, declaro que he leído y entendido la información y los requisitos de esta solicitud, y según mi entender, la información es exacta y completa. Las solicitudes tienen que ser firmadas para poder calificar para el reembolso de impuestos.

Firma Fecha

Firma del Cónyuge Fecha

Preparado por Fecha

No. de Teléfono del preparador

Para Uso de Oficina Solamente

Application # 2016 _____ Date Received _____

Family Members _____

Verified: Income \$ _____

Signature _____

Rebate amount \$ _____

Como se enteró del programa de reembolso? _____

Para mas ayuda favor de llamar al número de teléfono de reembolso de impuestos al 970.350.9748.



No. de Solicitud 2016-_____

Solicitud Para el Programa de Reembolso de Impuestos de Alimentos 2016

Para calificar para este reembolso la solicitud debe de ser llenada y devuelta a nuestra oficina o sellada para el 31 de mayo de 2017. Envié por correo la solicitud llenada al departamento de finanzas de la ciudad de Greeley, 1000 10th Street Greeley, CO 80631 o tráigala al departamento de finanzas en el edificio publico (City Hall), 1000 10th Street, Greeley CO. Las horas de oficina son de 8:00a.m. a 5:00p.m. de lunes a viernes.

Apellido(s)	Nombre	Fecha de Nacimiento	No. de Seguro Social del Solicitante
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del Conyugue	Fecha de Nacimiento del Conyugue	No. de Seguro Social del conyugue	

Introduce solicitante y cónyuge número de seguro social aquí. Números de seguro social para miembros de familia elegibles será verificados pero no entró en aplicación.

Una vez que se procesa la aplicación destruya este documento.

**AFFIDAVIT
DECLARACION / JURAMENTO**

Yo, _____, juro o afirmo bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de Colorado que (seleccionar una):

- Soy ciudadano de los Estados Unidos, o
- Soy residente permanente de los Estados Unidos, o
- Estoy legalmente presente en los Estados Unidos conforme a la ley federal.

Yo entiendo que esta declaración jurada es un requerimiento de la ley porque he solicitado ayuda pública. Entiendo que las leyes del estado requieren que compruebe que estoy legalmente en los Estados Unidos antes de recibir ayuda pública. También reconozco que hacer una declaración o representación falsa, ficticia o fraudulenta en esta declaración jurada es penada bajo la ley criminal de Colorado como perjurio de segundo grado bajo el Estatuto Revisado de Colorado 18-8-503 y constituirá una ofensa criminal cada vez que fraudulentamente recibida ayuda pública.

Firma

Fecha

For City use only:

**IDENTIFICATION
PROVIDED**

- Colorado Driver's License
- Colorado Identification Card Issued by
Department of Motor Vehicles
- United States Military Card
- United States Military Dependent
Identification Card
- United States Coast Guard Merchant
Mariner Card
- Native American Tribal Document

For internal use only:

ALTERNATE I.D. REQUIREMENTS

If applicant can not produce one of the identification documents listed at left, please refer to Attachments A and B of the Department of Revenue's "Rules for Evidence of Lawful Presence" located at U:\City Attorney\Immigration\Department of Revenue Rules.doc

Questions? contact the City Attorney's office.

