

**NMDOH FPP
ANNUAL INCOME WORKSHEET**

Place patient label here

Please write down any money you **AND** anybody else in your family or household received. Check the appropriate box for how often the amount is received (e.g., weekly, monthly, annually, etc.).
Por favor, anote cualquier dinero que usted **Y** todo en su familia o casa recibió.
Marque la casilla apropiada para determinar la frecuencia con la cantidad recibida (por ejemplo, semanalmente, mensualmente, anualmente, etc.).

	Weekly Semanal mente <input checked="" type="checkbox"/>	Bi- weekly Cada dos semanas <input checked="" type="checkbox"/>	Semi- monthly Semi- mensual mente <input checked="" type="checkbox"/>	Monthly Mensual mente <input checked="" type="checkbox"/>	Annually Anualmente	Amount Cantidad
Salaries, wages, tips - (include seasonal and part-time work/labor) Sueldos, salarios, propinas - (incluyendo de un trabajo de temporada o por medio tiempo)						\$
Unemployment compensation Beneficios de desempleo						\$
Social Security, Social Security Disability Income (SSDI) - (does NOT include Supplemental Security Income [SSI]) La Seguridad Social, Ingresos por Incapacidad de la Seguridad Social - (no incluye el ingreso suplementario de seguridad [SSI])						\$
Retirement, pension, investment income Jubilación, pensiones o rentas de la inversión						\$
Alimony - (does NOT include child support) Pensión alimenticia - (no incluye manutención infantil)						\$
Other Otras						\$

Number of people in the household that are supported by this income:
Número de personas en la casa que están soportadas por este ingreso:

I have told the truth about ALL sources of my family's income. To the best of my knowledge, I have not given false information nor withheld information. I understand if I do, I may be prosecuted, taken off the program, or required to pay back the benefits I receive.
He dicho la verdad acerca de TODAS las fuentes de ingresos de mi familia. Al mejor de mi conocimiento, no he dado información falsa ni ocultado información. Entiendo que si lo hago, me podrán ser enjuiciadas, sacado del programa, o la obligación de pagar los beneficios que reciben.

CLIENT SIGNATURE: _____ **Date:** ____ / ____ / ____

STAFF USE ONLY

Income verified by: Check stub Letter from employer Verbal Other _____

Weekly Total \$ _____ MULTIPLY BY 52 = Annual Total \$ _____

Bi-Weekly Total \$ _____ MULTIPLY BY 26 = Annual Total \$ _____

Semi-Monthly Total \$ _____ MULTIPLY BY 24 = Annual Total \$ _____

Monthly Total \$ _____ MULTIPLY BY 12 = Annual Total \$ _____

Annual Total \$ _____ MULTIPLY BY 1 = Annual Total \$ _____

Client is at _____ % Pay Grand Annual Total \$ _____

I have seen this document and witnessed the client's signature.

STAFF SIGNATURE & TITLE: _____ **Date:** ____ / ____ / ____