



FCTY Formulario de Ingresos y Empleo

Proporcione TODA la información solicitada a continuación. Los formularios incompletos no serán procesados. Toda la información será confidencial. Tenga en cuenta que hay dos páginas en este formulario.

Nombre de Jugador(a): _____ Fecha: _____

Equipo: _____ Entrenador(a): _____

¿**Donde** esta empleado actualmente?

Padre/Madre: Nombre: _____ **Empleador:** _____

¿Está empleado a tiempo completo o medio tiempo? tiempo completo: _____ medio tiempo: _____

¿Empleado por cuenta propia? Sí _____ No _____

Padre/Madre: Nombre: _____ **Empleador:** _____

¿Está empleado a tiempo completo o medio tiempo? tiempo completo: _____ medio tiempo: _____

¿Empleado por cuenta propia? Sí _____ No _____

¿Alguien en su hogar recibió asistencia pública en 2024 o alguien está recibiendo asistencia pública en 2025 (marque todo lo que corresponda)?

	2024	2025
AHCCCS o Medicaid	_____	_____
Cupones de Alimentos o SNAP	_____	_____
Programa de almuerzo escolar	_____	_____
Beneficios por incapacidad del Seguro Social	_____	_____
Supplemental Security Income (SSI)	_____	_____
Temporary Assistance for Needy Families (TANF)	_____	_____
Asistencia para la vivienda	_____	_____
Compensación de trabajadores	_____	_____
Otro _____	_____	_____

Si presentó una declaración conjunta, enumere el ingreso bruto ajustado (AGI) que apareció en el formulario 1040 de su declaración de impuestos federales sobre la renta de 2024: _____

Si presentó una declaración por separado, enumere el ingreso bruto ajustado (AGI) 2024 para cada padre o tutor.

Padre/Tutor #1, AGI: \$ _____

Padre/Tutor #2, AGI: \$ _____

¿Cuál anticipa que será el AGI combinado para su hogar en 2025? (Si los padres presentaron por separado, enumere el total combinado anticipado 2025 AGI.) \$ _____

Si trabaja por cuenta propia, su Anexo C de su declaración de impuestos federales de 2023 debe acompañar a esta solicitud. Enumere sus ingresos brutos y ganancias netas de su Anexo C.

2024 Ingresos Brutos: \$ _____ 2024 Ganancias Netas: _____

Si estuvo desempleado durante 2024 o 2025, enumere los meses que estuvo desempleado a continuación para cada miembro del hogar de 19 años o más.

	2024	2025
	Meses desempleados	Meses desempleados
Nombre 1:	_____	_____
Nombre 2:	_____	_____

Describa brevemente cualquier problema o gasto específico actual que afecte negativamente su capacidad de pagar las tarifas de FCTYSC. Por ejemplo, ¿ha encontrado gastos médicos imprevistos por una enfermedad o accidente, tuvo una muerte en la familia, perdió su trabajo o le cortaron las horas?

Enviar formulario completado a: Charlie MacCabe, -- charliemacc2@msn.com