

Sauk County Community Care Program Financial Eligibility Determination

Please answer the following questions: (circle your answers)

Are you a resident of Sauk County?	Yes	No
Do you have medical insurance? Medicare, Medicaid, Forward Health, BadgerCare, Veterans Assistance?	Yes	No
Do you have dental insurance?	Yes	No

How many people are you legally responsible for? You, your spouse, children under 18 _____

1	Gross Earned Income: Please enter the amount of money earned before anything is taken out of your paycheck. Please include spouse's income. [Note: if self-employed use income minus the average monthly costs of doing business.] How many hours per week do you work? _____ Your spouse? _____ How much per hour do you make? _____ Your spouse? _____ OR How much per month do you make? _____ Your spouse? _____	1	Documentation Provided? Y or N
2	Other Income: Please enter any other income such as VA pension, Social Security Disability, Child Support received, Unemployment Compensation.	2	\$ _____ /mo +
3	Total – add lines 1 and 2		

Office Personnel: Subtract work related expense deductions (\$90/per month per working adult).

I certify that the above information is correct.

--	--	--

Applicant's address – Please include town/city and zip code

--	--

200 % FEDERAL POVERTY LEVELS – Effective 2/1/2025-1/31/2026				
<u>Family Size</u>				
<u>1</u> \$2,608.34	<u>2</u> \$3,525.00	<u>3</u> \$4,441.66	<u>4</u> \$5,358.34	<u>5</u> \$6,275.00
	<u>6</u> \$7,191.66	<u>7</u> \$8,108.34	<u>8</u> \$9,025.00	
For each additional person, add \$916.66				

Programa de cuidado para comunidad del condado de Sauk Determinación de elegibilidad económica

Por favor responda a las siguientes preguntas: (encierre su respuesta)

Es usted residente del condado de Sauk?

Si No

Tiene seguro medico? Medicare, Medicaid, Forward Health, BadgerCare, Asistencia para Veteranos?

Si No

Tiene seguro dental?

Si No

De cuántas personas es usted legalmente responsable? Usted, su esposa y niños menores de 18 años solamente _____

1	Ingreso Bruto Ganado: Por favor ingrese la cantidad de dinero Ganado antes de que cualquier deducción haya sido tomada de su paga. Por favor incluya los ingresos de su conyuge. [Nota: Si usted tiene ingresos por negocio propio; use los ingresos menos el estimado de gastos mensual por mantener el negocio.] Cuantas horas trabaja usted por semana? _____ Su esposo/a? _____ Cuánto le pagan por hora? _____ Cuánto le pagan por hora a su esposo/a? _____ O Cuáles son sus ingresos mensuales? _____ Cuáles son los ingresos mensuales de su esposo/a? _____	1	Tiene documentación? S or N
2	Otros ingresos: Por favor liste otros ingresos tales como: pensión de veteranos, discapacidad del seguro social, sustento a menores, compensación de desempleo.	2	\$ /men +
3	Total – sume la línea 1 y 2		

Oficina del Personal: reste las deducciones de gastos relacionados con el trabajo (\$90/por mes por cada adulto que trabaja).

Certifico que la información anterior es correcta.

Nombre del aplicante (escriba su nombre)

Firma del aplicante

Fecha

Dirección del aplicante – Por favor incluya la ciudad y el código postal

Fecha de nacimiento del solicitante _____ #teléfono del solicitante _____

200 % NIVELES DE POBREZA FEDERALES – EFECTIVO 02/01/2025-1/31/2026

Tamaño de la familia

1
\$2,608.34

2
\$3,525.00

3
\$4,441.66

4
\$5,358.34

5
\$6,275.00

6
\$7,191.66

7
\$8,108.34

8
\$9,025.00

Por cada persona adicional, añadir \$916.66

Programa de cuidado para comunidad del condado de Sauk
Determinación de elegibilidad económica

--