

DECLARACIÓN FINANCIERA FAMILIAR

STAFF USE ONLY – CHECK ASSESSMENT TYPE

Initial
 Redetermination
 Change of Circumstance

A INFORMACIÓN DE SU HIJO/A				
Primer nombre del menor	Segundo nombre	Apellido	Sufijo	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
Fecha de colocación (MM/DD/AAAA)		Número de cuenta o identificador único del cliente (UCI)		Número de seguro social del menor
Nombre del centro regional				
Nombre del centro de cuidado			Teléfono del centro de cuidado	
Dirección del centro de cuidado		Ciudad	Estado	Código postal
Padre/Madre 1 primer nombre	Apellido	¿Vive con el menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Padre/Madre 2 primer nombre	Apellido	¿Vive con el menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

B TAMAÑO de FAMILIA (Información de las personas en su hogar)				
<i>El tamaño de la familia comprende un grupo de dos o más personas que viven juntas y que están emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción.</i>				
	Primer nombre	Apellido	Edad	Parentesco con usted
1				Usted
2				Su hijo/a (del cuadro A)
3				
4				
5				
6				
7				
8				
Nota: Si hay más dependientes, adjunte otra hoja de papel				

C INFORMACIÓN DE USTED (padre/madre que llena el formulario)					
Primer nombre del cónyuge	Apellido	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Parentesco con el menor en el cuadro A		
Dirección de casa		Dpto#	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de casa			Teléfono celular		
Dirección de correo electrónico			Número de seguro social		
¿Está empleado/a actualmente? <input type="checkbox"/> Sí (Si responda que sí, conteste las preguntas de abajo) <input type="checkbox"/> No (Si contestó que no, sátese a la sección D)				¿Trabaja por cuenta propia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del empleador		Puesto/cargo			
Teléfono del trabajo		Si el empleo es de temporada, ¿cuántos meses trabaja al año?			

D INFORMACIÓN DE SU CÓNYUGE QUE VIVE EN EL HOGAR <i>Si está casado/a, conteste las preguntas siguientes relacionadas con su cónyuge</i>			
Primer nombre del cónyuge	Apellido	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Parentesco con el menor en el cuadro A
Dirección de correo electrónico	Teléfono celular		Número de seguro social
¿Su cónyuge está empleado/a actualmente? <input type="checkbox"/> Sí (Si respondió que sí, conteste las preguntas de abajo) <input type="checkbox"/> No (Si contestó que no, sáltese a la sección E)		¿Su cónyuge trabaja por cuenta propia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del empleador		Puesto/cargo	
Teléfono del trabajo		Si el empleo es de temporada, ¿cuántos meses trabaja al año?	

E INGRESO(S) BRUTO(S) <i>Enumere todos los ingresos que usted o su cónyuge reciben e indique la cantidad bruta de cada fuente de ingresos. Debe proporcionar pruebas de todas las fuentes de ingresos que recibe.</i>												
FUENTE	USTED						CÓNYUGE					
	Cantidad bruta por cheque	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces por mes	Mensual	Anual	Cantidad bruta por cheque	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces por mes	Mensual	Anual
Sueldo		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
Ingreso del empleo por cuenta propia		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
Beneficios de desempleo		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
Ingreso de seguro social		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
Ingreso de jubilación		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
Alquiler de propiedad		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
Asistencia pública		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
Dividendos e intereses		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
Manutención de hijos		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
Pensión alimenticia		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
Otro ingresos (describa):		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								

F DEDUCCIONES: PENSIÓN ALIMENTICIA/MANUTENCIÓN DE HIJOS <i>Declare la cantidad que paga para cada fuente. Sólo se excluye la manutención de hijos o la pensión alimenticia que paga al menor en el Cuadro A. Debe proporcionar pruebas de los pagos para recibir una deducción. Esto no incluye los beneficios de SSI y SSA del menor que se pagan al centro de cuidado</i>	
Fuente	Cantidad mensual que paga
Pensión alimenticia que paga al padre/madre del menor	
Manutención de hijos que paga al padre/madre del menor	
Manutención de hijos que paga al Centro Regional	

G FIRMA(S) <i>Al firmar este formulario, declaro bajo pena de Perjurio que la información provista es verdadera y correcta.</i>	
Firma	Fecha (MM/DD/AAAA)
Firma del cónyuge (si es pertinente)	Fecha (MM/DD/AAAA)