

CERTIFICACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS

Se le pide completar este formulario, ya que usted ha solicitado ayuda, y se informó que su hogar no puede dar prueba de ingresos. El Estado de California requiere que el solicitante informa de todas las fuentes de ingresos. Este formulario nos ayudará a entender cómo usted cumple con los gastos. Por favor, complete la siguiente información:

Información del solicitante	
Nombre:	
Dirección:	

Sección 1: Usted tiene fuentes de ingresos que se le olvidó informar?		
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha sido empleado a tiempo parcial?
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha trabajado por cuenta propia?
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha recibido dinero por cualquier trabajo que se realiza sólo de vez en cuando, como trabajaren el jardín, cuidado de niños, la donación de sangre, etc?
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha recibido algún regalo de dinero? Si la respuesta es sí, por favor escriba el nombre y número de teléfono de la persona que le entregó el regalo:
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda)
		<input type="checkbox"/> COMPENSACION DEL TRABAJO <input type="checkbox"/> DESEMPLEO <input type="checkbox"/> PROGRAMA DEL GOBIERNO <input type="checkbox"/> MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS
SÍ	NO	Ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda)
		<input type="checkbox"/> PAGOS DE ANUALIDADES <input type="checkbox"/> PENSIÓN <input type="checkbox"/> PAGOS TRIBALES DE CASINO <input type="checkbox"/> LOS INGRESOS POR ALQUILER <input type="checkbox"/> BENEFICIOS DE SEGURO

Sección 2: Está gastando sus ahorros o dinero prestado para cubrir sus gastos mensuales?		
SÍ	NO	Está utilizando ahorros o un préstamo con garantía hipotecaria? Cuánto? _____
SÍ	NO	Está utilizando algún otro activo (dinero)? Cuánto? _____
SÍ	NO	Está pidiendo prestado de las tarjetas de crédito? Cuánto? _____
SÍ	NO	Está pidiendo prestado de alguna otra fuente? Cuánto? _____

Put Notary stamp below, if needed (DOE only) or have
Executive Director Sign here

Sección 3: Por favor, díganos cómo usted pagó estos gastos mensuales durante los meses anteriores:							
GASTOS	GASTOS MENSUALES	CÓMO EL GASTO HA SIDO PAGADO?	SI ALGUIEN PAGA POR SUS GASTOS, POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:				
Alquiler o Hipoteca	\$		<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Nombre:</td> <td style="border: none;">Teléfono:</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Dirección:</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	Nombre:	Teléfono:	Dirección:	
Nombre:	Teléfono:						
Dirección:							
Facturas de servicios públicos	\$		<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Nombre:</td> <td style="border: none;">Teléfono:</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Dirección:</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	Nombre:	Teléfono:	Dirección:	
Nombre:	Teléfono:						
Dirección:							
Alimentos	\$		<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Nombre:</td> <td style="border: none;">Teléfono:</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Dirección:</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	Nombre:	Teléfono:	Dirección:	
Nombre:	Teléfono:						
Dirección:							

Sección 4: Si nada de lo anterior se aplica a usted, por favor explique cómo sus gastos mensuales se pagan:

Firma:

Al firmar este formulario, yo afirmo que yo creo que estos hechos son exactos y veraces. Doy al Proveedor de Servicios mi permiso para verificar esta información y puedo ser responsable bajo la ley federal o estatal por dar declaraciones falsas o fraudulentas.