

Declaración de Recursos y Gastos Statement of Resources and Expenses

NOMBRE DEL PADRE CON CUSTODIA	NOMBRE DEL PADRE SIN CUSTODIA	NÚMERO DE CASO
-------------------------------	-------------------------------	----------------

(Con excepción de su firma, por favor escriba todas las respuestas en letra de imprenta. Sólo use tinta azul o negra).

NOTA: Debe proporcionar su número de seguro social a la División de Manutención para Niños (DCS). DCS usará este número para los servicios de cumplimiento de la manutención para niños tal como se define en el Título IV-D de la Ley de Seguro Social.

I. Sus Datos Personales			
NOMBRE COMPLETO	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA	NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO	NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR / PARA DEJAR MENSAJES	
DIRECCIÓN, CALLE DEL DOMICILIO O PO BOX		ESTADO CIVIL ACTUAL <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado	
DOMICILIO, CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NOMBRE DEL CÓNYUGE / OTRO ADULTO EN EL HOGAR
LUGAR DEL MATRIMONIO (CIUDAD / CONDADO / ESTADO)			FECHA DEL MATRIMONIO
NÚMERO DE NIÑOS QUE VIVEN EN MI CASA	NÚMERO DE ADULTOS QUE VIVEN EN MI CASA	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
II. Datos del Empleo			
A. Datos de su Empleo			
OCUPACIÓN	SITUACIÓN ACTUAL DE EMPLEO <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Trabajador independiente		
NOMBRE DEL EMPLEADOR		NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR	
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR, CALLE O PO BOX	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DEL SINDICATO	DIRECCIÓN DEL SINDICATO, CALLE O PO BOX	CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL

II. Datos del Empleo (Continuación)			
B. Sus Datos como Trabajador Independiente			
NOTA: Adjunte una copia de su última declaración federal de impuestos de la empresa como comprobante de ingresos y gastos.			
NOMBRE DE LA EMPRESA		DIRECCIÓN DE LA EMPRESA, CALLE O PO BOX CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL	
TIPO DE EMPRESA <input type="checkbox"/> Corporación <input type="checkbox"/> Sociedad <input type="checkbox"/> Propiedad exclusiva		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL DE LA EMPRESA	
UBICACIÓN DE LAS CUENTAS BANCARIAS DE LA EMPRESA			
INGRESOS ANUALES BRUTOS DE LA EMPRESA \$		INGRESOS ANUALES NETOS DE LA EMPRESA \$	
C. Datos del Empleo del Actual del Cónyuge / Otro Adulto en el Hogar			
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	OCUPACIÓN		NOMBRE DEL EMPLEADOR
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR, CALLE O PO BOX CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL			AFILIACIÓN SINDICAL
D. Datos del Actual Cónyuge / Otro Adulto en el Hogar como Trabajador Independiente			
NOTA: Adjunte una copia de la última declaración federal de impuestos de la empresa de su cónyuge como comprobante de sus ingresos y gastos.			
NOMBRE DE LA EMPRESA		DIRECCIÓN DE LA EMPRESA, CALLE O PO BOX CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL	
TIPO DE EMPRESA <input type="checkbox"/> Corporación <input type="checkbox"/> Sociedad <input type="checkbox"/> Propiedad exclusiva		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL DE LA EMPRESA	
UBICACIÓN DE LAS CUENTAS BANCARIAS DE LA EMPRESA			
INGRESOS ANUALES BRUTOS DE LA EMPRESA \$		INGRESOS ANUALES NETOS DE LA EMPRESA \$	
E. Seguro Médico / Odontológico para Dependientes			
ASISTENCIA MÉDICA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO		
ODONTOLÓGICO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO ODONTOLÓGICO		
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA DE SEGURO MÉDICO		NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA DE SEGURO ODONTOLÓGICO	
III. Datos de Bienes e Ingresos			
A. Ingresos de Todas las Fuentes en el Mes Anterior			
MI SALARIO \$	INGRESOS COMERCIALES \$	INGRESOS DEL CÓNYUGE \$	INGRESOS DE OTROS ADULTOS EN MI HOGAR \$
OTROS INGRESOS \$	INGRESO BRUTO TOTAL \$		INGRESO NETO TOTAL \$

III. Datos de Bienes e Ingresos (Continuación)

B. Ingresos Brutos de Todas las Fuentes en los 12 Meses Anteriores

MES	MIS INGRESOS BRUTOS	INGRESOS BRUTOS DEL CÓNYUGE / OTRO ADULTO	FUENTE DE INGRESOS (NOMBRE DEL EMPLEADOR, ETC.)
Enero	\$	\$	
Febrero	\$	\$	
Marzo	\$	\$	
Abril	\$	\$	
Mayo	\$	\$	
Junio	\$	\$	
Julio	\$	\$	
Agosto	\$	\$	
Septiembre	\$	\$	
Octubre	\$	\$	
Noviembre	\$	\$	
Diciembre	\$	\$	

C. Bonos de Ahorro

TIPO DE BONOS DE AHORRO	VALOR NOMINAL	TIPO DE BONOS DE AHORRO	VALOR NOMINAL
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$

D. Cuentas Bancarias Personales

TIPO DE CUENTA	NOMBRE Y UBICACIÓN DEL BANCO	NÚMERO DE CUENTA	SALDO AL FINAL DEL MES PASADO
Cuenta Corriente			\$
Ahorros			\$
Cooperativa de crédito			\$
Otro			\$

E. Acciones y Bonos

DESCRIPCIÓN	NÚMERO DE ACCIONES	VALOR DE PARIDAD
		\$
		\$
		\$

III. Datos de Bienes e Ingresos (Continuación)**F. Bien Inmueble (propio o en proceso de compra, incluyendo la casa)**

DIRECCIÓN O DESCRIPCIÓN LEGAL	AÑO DE ADQUISICIÓN	TÍTULOS EN POSESIÓN DE

G. Propiedad Personal (propio o en proceso de compra)

TIPO DE PROPIEDAD	MARCA	AÑO	NÚMERO DE LICENCIA Y DESCRIPCIÓN	CONTRATO EN POSESIÓN DE	MONTO ADEUDADO
Automóvil					\$
Automóvil					\$
Embarcación / Motor					\$
Embarcación / Motor					\$
Caravana / Vehículo					\$
Otro					\$
Otro					\$
Otro					\$
Otro					\$
Otro					\$
Otro					\$
Otro					\$

H. Caja de Seguridad

UBICACIÓN DE LA CAJA	DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO	VALOR TOTAL
		\$
		\$

I. Póliza de Seguro de Vida

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE COMPAÑÍA DE SEGUROS	VALOR EN EFECTIVO
	\$
	\$

J. Cuentas para la jubilación

TIPO DE CUENTA	NOMBRE Y UBICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN TENEDORA	NÚMERO DE CUENTA	SALDO AL FINAL DEL MES PASADO
IRA			\$
IRA			\$
Otro			\$

IV. Datos de Gastos Mensuales	
A. Alojamiento	
Alquiler o pago de la casa	\$
Impuestos y seguro (si no están cubiertos en el pago anterior)	\$
Total Mensual de la Vivienda (añadir las dos líneas anteriores)	\$
B. Servicios públicos	
Calefacción (gas y petróleo)	\$
Electricidad	\$
Agua, alcantarillado, basura	\$
Teléfono	\$
Otro (especificar)	\$
Total de utilidades mensuales (añadir las cinco líneas anteriores)	\$
C. Alimento	
Alimento para _____ personas	\$
Comidas fuera de mi casa	\$
Otro (especificar)	\$
Total Mensual de Alimentos (añadir las tres líneas anteriores)	\$
D. Cuidado de niños	
Guardería infantil / Niñera para _____ Niños	\$
Ropa	\$
Matrícula de la escuela para _____ Niños	\$
agos de manutención para niños, para niños que no viven conmigo	\$
Otros gastos relacionados con los niños (indicar):	\$
Total Mensual de Gastos de Cuidado Infantil (añadir los cinco líneas anteriores):	\$
E. Transporte	
Alquiler o pago de vehículo	\$
Seguro	\$
Licencia	\$
Mantenimiento de rutina y combustible	\$
Estacionamiento	\$
Otro (especificar)	\$
Total Mensual de Transporte (añadir las seis líneas anteriores):	\$

IV. Datos de Gastos Mensuales (Continuación)		
F. Ropa		
Ropa de trabajo		\$
Otro tipo de ropa		\$
Total Mensual de Ropa (añadir las dos líneas anteriores)		\$
G. Cuidado de la salud		
Primas de seguro médico y odontológico		\$
Sin seguro médico, odontológico, ortodoncia y cuidado de los ojos		\$
Otros gastos para el cuidado de la salud sin cobertura (indicar):		\$
Total Mensual del Cuidado de la Salud (añadir las tres líneas anteriores)		\$
H. Personal		
Cuidado del cabello / cuidado personal		\$
Educación		\$
Libros, periódicos y revistas		\$
Otros (indicar):		\$
Total Mensual de Gasto Personal (añadir las cuatro líneas anteriores)		\$
I. Otros Pagos y Gastos Mensuales Recurrentes		
PAGADO A	SALDO DE DEUDA	SALDO MENSUAL
1.	\$	\$
2.	\$	\$
3.	\$	\$
4.	\$	\$
5.	\$	\$
6.	\$	\$
7.	\$	\$
8.	\$	\$
9.	\$	\$
10.	\$	\$
11. Otros Pagos y Gastos Mensuales Recurrentes (añadir del 1 al 10 de los anteriores)	\$	\$

IV. Datos de Gastos Mensuales (Continuación)**J. Total de Gastos Mensuales**

Sume todas las líneas totales de las secciones de Datos de Gastos Mensuales (desde la A hasta la I)

\$

Mi participación en el total de los gastos mensuales de la línea anterior (la cantidad de la línea anterior menos cualquier contribución / asistencia de cualquier persona que no sea mi cónyuge)

\$

V. Declaración

Declaro, bajo pena de perjurio, bajo las leyes del Estado de Washington, que la información proporcionada en este formulario es verdadera, correcta y completa a mi leal saber. Comprendo que el Estado de Washington me puede enjuiciar por fraude por cualquier declaración falsa o tergiversación intencional. Comprendo que mis declaraciones están sujetas a verificación por el Departamento de Servicios Sociales y de Salud.

FIRMA

FECHA

