DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
CHILDREN'S ADMINISTRATION

재정내역서
Financial Worksheet

신청인의 이름		

소득/수입

귀하의 급료, 사회보장금, 연금 및 아동양육비 등등을 포함하여, 모든 정기 순소득/순수입을 기재하십시오.
필요할 경우 추가 페이지를 첨부하십시오.

소득/수입 출처	월 순소득/순수입 금액	증빙서류 첨부(관련 서류를 구체적으로 적을 것. 예: 급료 명세서)

기타 소득/수입 출처

부족 지불금, 가족 부양금 및 상속재산/유산 금액 등등을 포함하여. 귀하의 지출비 지불을 충족하는 기타 소득/수입을 기재하십시오. 필요할 경우 추가 페이지를 첨부하십시오.

소득/수입 출처	월 순소득/순수입 금액	증빙서류 첨부(관련 서류를 구체적으로 적을 것. 예: 은행 거래 명세서)

평균 지출비

월 지출비	금액	월 지출비	금액
주거지		의료혜택	
유틸리티(공과금) / 전화		아동양육비	
식품비		주택대부금/임대료 이외의 대부금	
차량		크레딧카드 지불금	
보험		기타(구체적으로 기재):	

파산을 신청한 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요. '예'일 경우 그 이유를 설명하십시오.

아동양육비를 제때 지불하고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요. '아니요'일 경우 그 이유를 설명하십시오.

신청인의 서명	날짜
신청인의 서명	날짜