DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
CHILDREN'S ADMINISTRATION

Estado contable

Financial Worksheet

NOMBRE(S) DEL SOLICITANTE		

Ingreso

Indique todo el ingreso neto regular, que incluye pero no se limita a los sueldos, al Seguro Social, al desempleo, a las pensiones y a la manutención para niños. Agregue hojas adicionales si fuera necesario.

FUENTE	MONTO DE INGRESOS	VERIFICACIÓN ADJUNTA (ESPECIFIQUE EL TIPO, POR EJEMPLO, COMPROBANTES DE SUELDO)

Otros recursos

Indique cualquier otro recurso del que dependa para cubrir sus gastos, que incluye pero no se limita a pagos tribales, apoyo familiar y sucesión. Agregue hojas adicionales si fuera necesario.

FUENTE	MONTO DE INGRESOS	VERIFICACIÓN ADJUNTA (ESPECIFIQUE EL TIPO, POR EJEMPLO, ESTADOS DE CUENTA)

Gastos promedio

GASTOS MENSUALES	MONTO	GASTOS MENSUALES	MONTO
Alojamiento		Asistencia médica	
Servicios públicos o teléfono		Manutención para niños	
Alimentos		Préstamos que no sean hipoteca o alquiler	
Automóvil		Pagos de la tarjeta de crédito	
Seguro		Otro (especificar):	

¿Alguna vez se ha declarado en bancarrota? ☐ Sí ☐ No; si la respuesta es afirmativa, explique el tipo de bancarrota que declaró y cuándo realizó el descargo:

¿Está al día con los pagos de manutención para niños? ☐ Sí ☐ No ☐ NA; si la respuesta es negativa, sírvase explicar:

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA
FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA