

DECLARACIÓN FINANCIERA FAMILIAR

DS 1235A (Rev. 07/2016)

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)		No Identificador Único del Cliente (UCI)		No 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?	
			Sí	No
Padre/madre 2	Primer nombre	Apellido	¿Vive con el menor?	
			Sí	No

B TAMAÑO DE LA FAMILIA (Información de las personas en su hogar)

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.

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	Segundo nombre	Apellido	Sufijo	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
Dirección de casa		Dpto#	Ciudad	Estado
				Código postal
Teléfono de casa			Teléfono celular	
Dirección de correo electrónico			No de seguro social	
¿Está empleado/a actualmente?:		Sí (Si respondió que sí, conteste las preguntas de abajo)		¿Trabaja por cuenta propia?
		No (Si contestó que no, sátese a la sección D)		Sí
				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*Si está casado/a, conteste las preguntas siguientes relacionadas con su cónyuge*

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	No de seguro social
¿Su cónyuge está empleado/a actualmente?:		Sí (Si respondió que sí, conteste las preguntas de abajo) No (Si contestó que no, sáltese a la sección E)	¿Su cónyuge trabaja por cuenta propia? Sí 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)

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.**

FUENTE	USTED			CÓNYUGE				
	Cantidad bruta por cheque	Frecuencia (marque una)		Cantidad bruta por cheque	Frecuencia (marque una)			
Sueldo	\$	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces por mes	\$	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces por mes
			Mensual	Anual			Mensual	Anual
Beneficios de desempleo	\$	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces por mes	\$	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces por mes
			Mensual	Anual			Mensual	Anual
Ingreso de seguro social	\$	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces por mes	\$	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces por mes
			Mensual	Anual			Mensual	Anual
Ingreso de jubilación	\$	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces por mes	\$	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces por mes
			Mensual	Anual			Mensual	Anual
Alquiler de propiedad	\$	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces por mes	\$	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces por mes
			Mensual	Anual			Mensual	Anual
Asistencia pública	\$	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces por mes	\$	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces por mes
			Mensual	Anual			Mensual	Anual
Dividendos e intereses	\$	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces por mes	\$	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces por mes
			Mensual	Anual			Mensual	Anual
Manutención de hijos	\$	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces por mes	\$	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces por mes
			Mensual	Anual			Mensual	Anual
Pensión alimenticia	\$	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces por mes	\$	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces por mes
			Mensual	Anual			Mensual	Anual
Asistencia para adopción	\$	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces por mes	\$	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces por mes
			Mensual	Anual			Mensual	Anual
Otro ingreso: Describe:	\$	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces por mes	\$	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces por mes
			Mensual	Anual			Mensual	Anual

F DEDUCCIONES: PENSIÓN ALIMENTICIA/MANUTENCIÓN DE HIJOS

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.

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)

Al firmar este formulario, declaro bajo pena de perjurio que la información provista es verdadera y correcta.

Firma	Fecha (MM/DD/AAAA)
Firma del cónyuge (si es pertinente)	Fecha (MM/DD/AAAA)