

**DECLARACIÓN FINANCIERA FAMILIAR**

DS 1235 (Rev. 8/2010)

**LA INFORMACIÓN EN ESTA  
DECLARACIÓN SERÁ CONFIDENCIAL**

**LEA LO SIGUIENTE ANTES DE LLENAR ESTA DECLARACIÓN** — Las Secciones 4677 y 4782 del Código de Bienestar e Instituciones requieren que los padres de niños menores de 18 años de edad paguen una cuota **basada en su capacidad de pagar**. La información provista ayudará a este Departamento a determinar su capacidad de pagar y a evaluar el nivel de pago que corresponda. Las cuotas de los padres se depositarán en el Fondo para el Desarrollo del Programa y se emplearán para brindar nuevos programas a las personas con discapacidades del desarrollo.

DETERMINACIÓN INICIAL		NUEVA DETERMINACIÓN		Fecha	
Centro Regional		Nº del Centro Regional		Nº Identificador Exclusivo del Cliente (UCI)	
Nombre del cliente		Fecha de nacimiento		Nº del Seguro Social	
Nombre y teléfono de la instalación de colocación				Fecha de colocación	
SUS DATOS PERSONALES		(círcule uno) * <b>COMPANERO PADRE o PADRASTRO o DOMÉSTICO</b>		(círcule uno) * <b>COMPANERA MADRE o MADRASTRA o DOMÉSTICA</b>	
Nombre (primero, segundo, apellido)					
Número del Seguro Social					
Fecha de nacimiento					
Lugar de nacimiento		(Ciudad/Estado)	(código postal)	(Ciudad/Estado)	(código postal)
Servicio militar (si corresponde)		(Sección)		(Sección)	
Número de serie					
Fechas de servicio					
SU DOMICILIO		(Si los padres viven en el mismo domicilio-indique bajo el nombre del padre)			
Dirección o apartado postal					
Ciudad					
Estado y código postal			(código postal)		(código postal)
Teléfono de casa		(código de área) ( )		(código de área) ( )	
SU TRABAJO		Círcule el apartado si corresponde: Desempleado Fallecido Discapacitado Jubilado		Círcule el apartado si corresponde: Desempleada Fallecida Discapacitada Jubilada	
Ocupación o profesión					
Empleador o nombre de la firma					
Dirección o apartado postal					
Ciudad					
Estado y código postal			(código postal)		(código postal)
Teléfono del trabajo		(código de área) ( )		(código de área) ( )	
DATOS DE SUS ABUELOS					
Dirección o apartado postal					
Ciudad					
Estado y código postal			(código postal)		(código postal)
Teléfono de casa		(código de área) ( )		(código de área) ( )	

**LLENE LAS DOS PÁGINAS ANTES DE ENVIAR LA DECLARACIÓN AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DEL DESARROLLO**

\* Este Código de La Familia, Secciones 297-297.5, dice "Una sociedad doméstica sera establecida en California cuando las dos personas presentan una declaración de sociedad doméstica con la Secretaria del Estado de acuerdo con esta División."

Por favor, indique sus ingresos **BRUTO**. Éste significa sus ingresos antes de **cualquier** deducción.

SUS INGRESOS FAMILIARES	COMPANERO		COMPANERA		CLIENTE	
	PADRE/PADRASTRO/DOMÉSTICO	MADRE/MADRASTRA/DOMÉSTICA	MADRE/MADRASTRA/DOMÉSTICA	COMPANERA	CLIENTE	CLIENTE
Indique el Ingreso Bruto por fuente	Mensual o Anual		Mensual o Anual		Mensual o Anual	
1. Salario o sueldo						
2. Ingreso del empleo por cuenta propia*						
3. Ingreso netos por rentas o propiedades*						
4. Dividendos e intereses						
5. Ingreso de jubilación						
6. Seguro Social Beneficiario						
7. Beneficios o compensación de la VA Beneficiario						
8. Pagos de manutención de menores Nombre del niño _____ Beneficiario _____						
9. Ingreso por discapacidad/(Círcule uno) desempleo/Asistencia pública — AFDC						
10. Otros ingresos Describa _____						
11. INGRESO <b>BRUTO</b> TOTAL						


\*Si todo o parte de sus Ingresos Brutos Familiares anual provienen del trabajo por su cuenta propia de bienes raíces en alquiler, adjunte una copia de su última declaración de impuestos(Formulario 1040) con todas las listas y adjuntos que presentó al Servicio de Rentas Internas (IRS).


**CANTIDADES ANUALES**

12. GASTOS MÉDICOS DEL CLIENTE: \$ \_\_\_\_\_
13. PARTE DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD/DENTAL QUE LE CORRESPONDE AL CLIENTE – No incluya las primas del seguro de vida: \$ \_\_\_\_\_
14. GASTOS DE ROPA DEL CLIENTE: \$ \_\_\_\_\_
15. NECESIDADES PERSONALES Y GASTOS IMPREVISTOS DEL CLIENTE – Las cantidades anuales pagadas de los ingresos brutos familiares para las necesidades personales y gastos imprevistos del niño con discapacidades de desarrollo: \$ \_\_\_\_\_
16. PASATIEMPO ENTRETENIMIENTO DEL CLIENTE – Cantidad anual pagada de los ingresos brutos familiares para el pasatiempo y el entretenimiento del cliente: \$ \_\_\_\_\_
17. GASTOS DE TRANSPORTE – Los gastos razonables de transporte incurridos por los padres a visitar a un niño con discapacidades de desarrollo. Las millas se calcula utilizando el actual Servicio de Impuestos Internos (IRS) indemnización por kilómetro médica. Los costos reales para el autobús o avión se permitirán con recibos.  
KILÓMETRAJE TOTAL RECLAMADO \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_
18. GRAN GASTO INUSUAL – Debe estar documentado y contra con la aprobación del Departamento de Servicios del Desarrollo. Ejemplos: desastres naturales, pérdidas catastróficas inusual, gastos médicos extremos, etc.: \$ \_\_\_\_\_
19. MANUTENCIÓN DE MENORES O DE CÓNYUGE QUE PAGÓ – Se **debe** proveer una copia del decreto final de divorcio que muestre el pago por pensión alimenticia o manutención: \$ \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE DEPENDEN DE LOS INGRESOS BRUTOS TOTALES** – Debe de incluir al cliente:

Declaro que he examinado esta declaración y que, según mis mejores conocimientos y mejor creencia, **es verdadera, correcta, y completa.**

 \_\_\_\_\_  
Firma del padre/padrastro/compañero doméstico Fecha

 \_\_\_\_\_  
Firma de la madre/madrastra/compañera doméstica Fecha