

CERTIFICACIÓN de ingresos y gastos

Se le pide completar este formulario, ya que usted ha solicitado ayuda, y se informó que su hogar no puede dar prueba de ingresos. El Estado de California requiere que el solicitante informe de todas las fuentes de ingresos. Este formulario nos ayudará a entender cómo usted cumple con los gastos. Por favor, complete la siguiente información:

| Información del solicitante | |
|-----------------------------|--|
| Nombre: | |
| Dirección: | |

| Sección 1: Usted tiene fuentes de ingresos que se le olvidó informar? | | | | | |
|---|----|--|-----------|-----------------------|--------------------------------|
| SÍ | NO | Durante el mes anterior, ha sido empleado a tiempo parcial? | | | |
| SÍ | NO | Durante el mes anterior, ha trabajado por cuenta propia? | | | |
| SÍ | NO | Durante el mes anterior, ha recibido dinero por cualquier trabajo que se realiza sólo de vez en cuando, como trabajaren el jardín, cuidado de niños, la donación de sangre, etc? | | | |
| SÍ | NO | Durante el mes anterior, ha recibido algún regalo de dinero? Si la respuesta es sí, por favor escriba el nombre y número de teléfono de la persona que le entregó el regalo: | | | |
| SÍ | NO | Durante el mes anterior, ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda) | | | |
| | | COMPENSACION DEL | DESEMPLEO | PROGRAMA DEL GOBIERNO | MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS |
| SÍ | NO | Ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda) | | | |
| | | PAGOS DE | PENSIÓN | PAGOS TRIBALES DE | LOS INGRESOS POR BENEFICIOS DE |

| Sección 2: Está gastando sus ahorros o dinero prestado para cubrir sus gastos mensuales? | | |
|--|----|---|
| SÍ | NO | Está utilizando ahorros o un préstamo con garantía hipotecaria? Cuánto? _____ |
| SÍ | NO | Está utilizando algún otro activo (dinero)? Cuánto? _____ |
| SÍ | NO | Está pidiendo prestado de las tarjetas de crédito? Cuánto? _____ |
| SÍ | NO | Está pidiendo prestado de alguna otra fuente? Cuánto? _____ |

Put Notary stamp below, if needed (DOE only) or have
Executive Director Sign here

| Sección 3: Por favor, díganos cómo usted pagó estos gastos mensuales durante los meses anteriores: | | | | |
|--|------------------|-------------------------------|--|-----------|
| GASTOS | GASTOS MENSUALES | CÓMO EL GASTO HA SIDO PAGADO? | SI ALGUIEN PAGA POR SUS GASTOS, POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN: | |
| Alquiler o Hipoteca | \$ | | Nombre: | Teléfono: |
| | | | Dirección: | |
| Facturas de servicios públicos | \$ | | Nombre: | Teléfono: |
| | | | Dirección: | |
| Alimentos | \$ | | Nombre: | Teléfono: |
| | | | Dirección: | |

| Sección 4: Si nada de lo anterior se aplica a usted, por favor explique cómo sus gastos mensuales se pagan: |
|---|
| |
| |
| |
| |

Firma:
Al firmar este formulario, yo afirmo que yo creo que estos hechos son exactos y veraces. Doy al Proveedor de Servicios mi permiso para verificar esta información y puedo ser responsable bajo la ley federal o estatal por dar declaraciones falsas o fraudulentas.

Firma del solicitante**Fecha**