|  |  |
| --- | --- |
| http://intranet.dcyf.wa.gov:8090/drupal-8.4.0/sites/default/files/graphics/DCYF-Logo-BW.jpg | LICENSING DIVISION (LD)**Estado contable****Financial Worksheet** |
|  |
| Los ingresos no son el único factor para determinar la elegibilidad. Este formulario le ayuda a evaluar su capacidad para obtener ingresos suficientes para satisfacer las necesidades financieras de su familia. Si solicita ser cuidador familiar, este formulario también nos ayuda a determinar qué apoyos financieros necesita, si necesita alguno, para lograr el éxito. |
| **Ingresos** |
| Indique todos los ingresos netos regulares, incluyendo pero no limitados a, salarios, seguro social, desempleo, pensiones y pensión alimenticia. Indique todos los demás recursos con los que cuenta para cubrir sus gastos, incluyendo, pero no limitados a, pagos tribales, apoyo familiar y herencias.  |
| FUENTE | MONTO MENSUAL**DESPUÉS DE IMPUESTOS** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Ingresos mensuales totales después de impuestos:** |  |
| **Gastos no discrecionales promedio** |
| Esta sección es para entender sus costos obligatorios, no sus costos discrecionales (opcionales).No incluya gastos para menores del DCYF.Escriba el importe aproximado que gasta por cada concepto al mes. Escriba 0 para los conceptos que no sean aplicables. |
| GASTOS MENSUALES | MONTO | GASTOS MENSUALES | MONTO |
| Vivienda (hipoteca o alquiler) |  | Cuidado de niños / escuelas |  |
| Servicios básicos (incluyen: agua, alcantarillado, basura, electricidad, gas, internet, etc.) |  | Manutención para niños |  |
| Alimentos (incluyen: despensa y restaurantes) |  | Facturas médicas |  |
| Transporte (incluye: pase de autobús, automóviles, cuatrimotos y remolques o casas rodantes – pagos mensuales, seguro y combustible) |  | Pagos de tarjetas de crédito |  |
| Préstamos que no sean hipoteca o alquiler |  |
| Seguros (incluyen: médico, dental, de vida, etc.) |  | Otros gastos obligatorios (especifique):  |  |
|  | Total de gastos mensuales: |  |
| *Reste los gastos mensuales obligatorios de los ingresos mensuales totales especificados antes*Ingresos discrecionales totales: |  |
| ¿Alguna vez se ha declarado en bancarrota? [ ]  Sí [ ]  No; si contestó que sí, explique el tipo de bancarrota que declaró y cuándo fue ejecutada:   |
| ¿Está al día con los pagos de manutención para niños? [ ]  Sí [ ]  No [ ]  N/A. Si contestó que no, explique:  |
| **Firma** |
| NOMBRE DEL SOLICITANTE A | FECHA DE NACIMIENTO |
| FIRMA DEL SOLICITANTE A | FECHA |
| NOMBRE DEL SOLICITANTE B | FECHA DE NACIMIENTO |
| FIRMA DEL SOLICITANTE B | FECHA |