|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |