

Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur
INFORMACIÓN FINANCIERA

ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL Y SÓLO PARA EL USO DE LA AGENCIA

INGRESO MENSUAL DE LA FAMILIA

	_____ Nombre		_____ Nombre
A. Ingreso Bruto Mensual:	\$ _____		\$ _____
B. Ingreso Neto Mensual:	\$ _____	+	\$ _____
C. Ingreso Neto Total:		=	\$ _____

GASTOS MENSUALES DE LA FAMILIA

1. Pagos de Renta/Hipoteca	\$ _____	12. Cuentas Médicas (Dentista, doctor, etc.)	\$ _____
2. Segunda Hipoteca	\$ _____	13. Servicios Públicos	
3. Alimentos	\$ _____	a. Electricidad	\$ _____
4. Cuidado de Niños	\$ _____	b. Agua	\$ _____
5. Manutención Infantil	\$ _____	c. Teléfono	\$ _____
6. Cable/Satélite	\$ _____	d. Gas	\$ _____
7. Pagos de Vehículo	\$ _____	14. Otros Gastos No Nombrados	
8. Gastos de Vehículo <small>(Gasolina, aceite, etc.)</small>	\$ _____	_____	\$ _____
9. Pensión Alimenticia	\$ _____	_____	\$ _____
10. Préstamos Estudiantiles	\$ _____	_____	\$ _____
11. Tarjetas de Crédito	\$ _____	15. Total de Gastos Mensuales	\$ _____
		(Sume los números 1-14)	

INGRESO NETO TOTAL <small>(Letra C)</small>	\$ _____	Balance de Cuenta Corriente	\$ _____
MENOS EL TOTAL DE LOS GASTOS MENSUALES (Número 15)	\$ _____	Balance de Cuenta de Ahorros	\$ _____
		Otras Cuentas	\$ _____
INGRESO MENSUAL RESTANTE	\$ _____	CANTIDAD TOTAL BANCO/FINANCIERA	\$ _____

1. ¿Usted o su pareja alguna vez ha incumplido el pago de un préstamo? Sí No Si respondió sí, por favor explique: _____

2. ¿Usted o su pareja alguna vez ha recibido ayuda de fondos públicos como cupones de alimentos, TANF o ayuda para vivienda del gobierno? Sí No Si respondió sí, por favor describa el tipo de ayuda y cuándo la recibió: _____

3. ¿Usted o su pareja alguna vez se ha declarado en banca rota? Sí No Si respondió sí, por favor explique las circunstancias y adjunte documentación: _____

Al firmar debajo, yo doy fe que la información en este formulario financiero es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Solo Aplica si están Adoptando
OTRA INFORMACIÓN FINANCIERA

Nombre del Asegurado	Tipo de Póliza	Beneficiario	Valor Nominal
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Tiene gastos médicos mayores su seguro de salud ? Sí No

¿Tiene usted continuación de salario y/o seguro de discapacidad? Sí No

Si respondió sí, la cantidad de beneficios mensuales. \$ _____

¿Tendrían cobertura desde la fecha en que sean colocados en su hogar los niños adoptados? Sí No

¿Tiene usted un testamento? Sí No

¿Si respondió sí, estaría dispuesto a revisarlo para incluir a algún niño(s) colocado en su hogar para adopción?

Sí No

¿Usted o su pareja alguna vez se ha declarado en banca rota? Sí No Si respondió sí, ¿cuándo? _____

Por favor explique las circunstancias y adjunte documentación: _____

Yo doy fe que la información anteriormente mencionada es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Firma del Solicitante

Fecha

Firma del Solicitante

Fecha