

DECLARACIÓN FINANCIERA FAMILIAR

DS 1235 (Rev. 7/2006)

**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) * COMPANERO PADRE o PADRASTRO o DOMÉSTICO		(círcule uno) * COMPANERA MADRE o MADRASTRA o DOMÉSTICA	
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) ()	

LENE 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			
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 BRUTO 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 – Gastos de transporte razonables incurridos por los padres para visitar a un niño con discapacidades del desarrollo. Utilice 34 centavos por milla para calcular la cantidad reclamada o los gastos causados por viajar en autobús o avión:

MILLAJE TOTAL QUE RECLAMA _____ \$ _____
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