



Chandler · Arizona

# AFIRMACIÓN NOTARIADA DE CERO INGRESOS

Yo, \_\_\_\_\_, afirmo que por el momento no cuento con ingreso alguno. Cuando comience a recibir ingresos, yo se lo notificaré de inmediato a la División de Vivienda de la Ciudad de Chandler.

La siguiente documentación debe ser incluida con esta declaración: (Por favor ponga sus iniciales después de cada artículo)

- Hoja de Trabajo del Presupuesto \_\_\_\_\_
- Cuestionario de Ingresos \_\_\_\_\_
- Declaración/es de la Cuenta de Cheques/Ahorros más reciente \_\_\_\_\_

*Iniciales*

La información que yo he proporcionado es verdadera y completa de acuerdo a mi conocimiento

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**ADVERTENCIA: LA SECCIÓN 1001 DEL TÍTULO 18 DEL CÓDIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS HACE QUE SEA UN DELITO PENAL HACER INTENCIONALMENTE DECLARACIONES FALSAS O TERGIVERSACIONES A CUALQUIER DEPARTAMENTO O AGENCIA DEL GOBIERNO DE LOS ESTADOS UNIDOS, EN CUANTO A CUALQUIER ASUNTO DENTRO DE SU JURISDICCIÓN; LA TERGIVERSACIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN ES MOTIVOS PARA LA INELEGIBILIDAD A/TERMINACIÓN DE LA ASISTENCIA CON LA VIVIENDA.**

STATE OF ARIZONA

COUNTY OF MARICOPA

Subscribed and sworn to (or affirmed) before me this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

by \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notary Public

*Modificado en 9/2017*

## HOJA DE TRABAJO DEL PRESUPUESTO

INGRESOS	GASTOS
Ingresos mensuales ajustados del salario: \$ _____	Cálculo de la renta mensual: \$ _____
Ingresos adicionales del SS, SSI, AFDC, Pensiones, etc.: \$ _____	Cálculo de los servicios públicos mensuales: Electricidad: \$ _____ Gas: \$ _____ Agua/Basura: \$ _____
Ingresos adicionales de lo siguiente:  Miembros de la familia/amigos \$ _____ Empleo de medio tiempo \$ _____ Empleo ocasional \$ _____	Gastos adicionales a ser considerados: Pago del auto: \$ _____ Seguro automovilístico: \$ _____ Seguro de salud: \$ _____ Seguro de la propiedad: \$ _____ Cobros médicos: \$ _____ Gastos de alimentos: \$ _____ Gastos educativos: \$ _____ Teléfono/celular: \$ _____ TV por cable: \$ _____ Gastos de cuidado infantil: \$ _____
Otro:	Otro:
Otro:	Otro:
<b>TOTAL DE INGRESOS \$ _____</b>	<b>TOTAL DE GASTOS \$ _____</b>

**TOTAL DE INGRESOS:** \$ \_\_\_\_\_

**MENOS EL TOTAL DE GASTOS:** \$ \_\_\_\_\_

**SALDO:** \$ \_\_\_\_\_

Basándose en este cálculo, ¿siente usted que podrá pagar por el mantenimiento de la propiedad, otros costos y gastos misceláneos que no se han calculado arriba?    Sí     No

\_\_\_\_\_  
Firma (Nombre)

\_\_\_\_\_  
Fecha



# CUESTIONARIO DE INGRESOS

**Chandler · Arizona**

Por favor conteste cada pregunta y regréselo a su especialista de la vivienda a más tardar en la fecha de vencimiento que aparece en la carta. No se aceptarán cuestionarios de ingresos incompletos. La siguiente información necesita ser precisa y completa. Proveer información o declaraciones falsas es castigable bajo la ley federal y es motivo para la terminación de la asistencia para la vivienda.

Nombre del/la Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. Si usted estuvo empleado/a durante los últimos 12 meses, provea la siguiente información: (Adjunte una página adicional si es necesario)

a. Empleador: \_\_\_\_\_ Salario: \_\_\_\_\_

b. Periodo de tiempo empleado/a: \_\_\_\_\_

c. Razón por la que dejó el empleo: \_\_\_\_\_

2. ¿Registró usted declaraciones de impuestos federales/estatales para el año previo?  Sí  No

Si contestó no, explique por qué: \_\_\_\_\_

3. ¿Recibe usted dinero/apoyo de miembros de la familia o amigos?

Sí  No Si contestó sí, liste abajo:

Quién	Relación	Cantidad Recibida	¿Qué tan Frecuentemente?
1.			
2.			
3.			

4. ¿Alguno de los miembros de su familia o amigos/as que se están quedando con usted actualmente no están en el contrato de alquiler?  Sí  No Si contestó sí, liste abajo:

Nombre	Edad	Relación	Duración de Su Estancia
1.			
2.			
3.			

4. ¿Tiene usted cualquiera de los siguientes bienes?

BIEN/ACTIVO	SÍ	NO	CANTIDAD O VALOR
Cuenta de Cheques / Ahorros: <i>Se debe incluir el estado de cuenta más reciente.</i>			\$
Certificado de Depósito:			\$
Acciones / Bonos:			\$
Propiedad:			\$
Otro:			\$

5. Por favor indique si usted ha recibido cualquiera de los siguientes beneficios en el último año o si usted ha solicitado cualquiera de estos beneficios, incluyendo el estatus de la solicitud.

<b>Beneficio</b>	<b>¿Los recibió durante los últimos 12 meses?</b>		<b>Si contestó sí, el periodo de tiempo en el que recibió los beneficios:</b>		<b>La razón por la que ya no recibe los beneficios:</b>	<b>¿Ha solicitado cualquiera de lo siguiente?</b>		<b>Fecha en la que lo solicitó</b>	<b>¿Le aprobaron?</b>		<b>Fecha de la aprobación</b>
	Sí	No	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación		Sí	No		Sí	No	
Estampillas de comida											
TANF											
Asistencia General											
Seguro Social											
Ingreso Complementario de Seguridad "SSI"											
Compensación de Desempleo											
Compensación a los Trabajadores											
Manutención Alimenticia o para Cónyuge											
Manutención Infantil											
Otorgamientos para la Educación											
Becas para la Educación											
Otra Asistencia Pública											
Pensión Militar											
Otro:											

6. Por favor indique la cantidad de sus gastos mensuales y cómo los pagó usted.

GASTO	CANTIDAD AL MES	¿CÓMO LO PAGÓ USTED?
Abarrotes	\$	
Artículos del hogar/no alimentos: (Detergente, jabón, papel higiénico, etc.)	\$	
Pañales	\$	
Renta	\$	
Cuenta de electricidad	\$	
Cuenta del gas	\$	
Cuenta de agua/basura/desagüe	\$	
Cuenta de teléfono: celular u hogar	\$	
Transporte: auto, gasolina, seguro, registro, reparaciones y mantenimiento	\$	
Transporte: pasaje del autobús	\$	
Préstamos a plazos	\$	
Ropa	\$	
Servicio de TV: cable o satélite	\$	
Atención médica	\$	

7. ¿Está usted buscando actualmente empleo?  Sí  No Si contestó no, explique por qué no:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Comentarios:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Yo certifico que la información provista en este cuestionario es verdadera y completa de acuerdo a mi conocimiento.

**ADVERTENCIA: LA SECCIÓN 1001 DEL TÍTULO 18 DEL CÓDIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS HACE QUE SEA UN DELITO PENAL HACER INTENCIONALMENTE DECLARACIONES FALSAS O TERGIVERSACIONES A CUALQUIER DEPARTAMENTO O AGENCIA DEL GOBIERNO DE LOS ESTADOS UNIDOS, EN CUANTO A CUALQUIER ASUNTO DENTRO DE SU JURISDICCIÓN; LA TERGIVERSACIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN ES MOTIVOS PARA LA INELEGIBILIDAD A/TERMINACIÓN DE LA ASISTENCIA CON LA VIVIENDA.**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Revisado por

\_\_\_\_\_  
Fecha