



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

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:
TOTAL DE INGRESOS \$ _____	TOTAL DE GASTOS \$ _____

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



Chandler Arizona
Where Values Make The Difference

CUESTIONARIO DE INGRESOS

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.

Beneficio	¿Los recibió durante los últimos 12 meses?		Si contestó sí, el periodo de tiempo en el que recibió los beneficios:		La razón por la que ya no recibe los beneficios:	¿Ha solicitado cualquiera de lo siguiente?		Fecha en la que lo solicitó	¿Le aprobaron?		Fecha de la aprobación
	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