

Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Estado de Ohio
ESTADO FINANCIERO DEL SOLICITANTE

Nombre Completo	Número de Adultos Dependientes (Inclúyase usted mismo)	Número de Niños Dependientes
Se le está pidiendo la siguiente información para ayudarle a usted y a la agencia en la planificación de la colocación de su niño. Por favor complete el estado financiero estimando los ingresos o las deudas mensuales.		
INGRESOS MENSUALES		
Nombre del Integrante de la Familia	Ingreso Bruto Mensual	Ingreso Neto Mensual
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
Bienes Raíces		\$
Asistencia de Adopción		\$
Manutención de Menores		\$
Asistencia Pública		\$
Seguro Social		\$
Otros Ingresos (Especifique)		\$
Otros Ingresos (Especifique)		\$
Otros Ingresos (Especifique)		\$
Total de Ingresos Netos Mensuales		\$
Gastos Mensuales		
Renta o Hipoteca (incluyendo impuestos y seguro)		\$
Servicios Públicos (incluyendo los servicios de cable y teléfono)		\$
Cuidado del Niño		\$
Pago del Automóvil		\$
Pagos de Tarjetas de Crédito		\$
Otros Pagos de Préstamos		\$
Manutención de Menores o Pensión Alimenticia del Cónyuge		\$
Ahorros Regulares o Inversiones		\$
Otros Gastos (Especifique)		\$
Otros Gastos (Especifique)		\$
Otros Gastos (Especifique)		\$
Total de Gastos Mensuales		\$
ACTIVOS O BIENES		
Valor de Mercado de la Residencia		\$
Valor de Mercado de Otros Bienes Raíces		\$
Automóvil (Especifique)		\$
Automóvil (Especifique)		\$
Automóvil (Especifique)		\$
Ahorros		\$
Acciones y Valores		\$
Otros Activos (Especifique)		\$
Otros Activos (Especifique)		\$
Activos Totales		\$

PARA QUE LA AGENCIA PROCEDA CON EL TRÁMITE DE SU SOLICITUD PARA UN NIÑO, ES NECESARIO LLENAR ESTA FORMA.

PASIVOS			
Deudas		Saldo Adeudado	
Hipoteca de la Residencia		\$	
Otra Hipoteca		\$	
Préstamo del Automóvil		\$	
Préstamo del Automóvil		\$	
Préstamo del Automóvil		\$	
Tarjetas de Crédito		\$	
Otros Préstamos		\$	
Otros (Especifique)		\$	
Pasivos Totales		\$	
SEGURO DE VIDA			
Nombre del Asegurado	Suma Asegurada por la Póliza	Prima Mensual que paga el Solicitante	Compañía de Seguros
SEGURO MÉDICO			
Nombre del Asegurado	Suma Asegurada por la Póliza	Prima Mensual que paga el Solicitante	Compañía de Seguros
SEGURO DE AUTOMÓVIL			
Nombre del Asegurado	Suma Asegurada por la Póliza	Prima Mensual que paga el Solicitante	Compañía de Seguros
OTROS SEGUROS			
Nombre del Asegurado	Suma Asegurada por la Póliza	Prima Mensual que paga el Solicitante	Compañía de Seguros
Espacio reservado para información pertinente que no haya sido cubierta en este estado financiero.			
Firma del Solicitante			
Firma del Solicitante			