

Continuación... Caja 2.

Información de Ingresos del hogar (cont.) –Proporcione la información del mes indicado en la Caja 1.

¿Están viviendo los dos padres del niño bajo cuidado legal en el hogar nombrado anteriormente?..... **Sí No**

Si marca no, por favor indique la razón de la ausencia del padre ausente.

_____ *Muerte* _____ *Divorcio* _____ *Separación*
 _____ *Cárcel* _____ *Otro (explique)* _____

Continuará el padre estando ausente por más de 30 días?..... **Sí No**

¿Esta alguien en el hogar discapacitado?..... **Sí No**

¿Quién? _____

Está recibiendo la persona discapacitada cualquiera de los siguientes tipos siguientes de ingreso?... **Sí No**

_____ SSI _____ Compensación al Trabajador _____ SSA

¿Esta uno de los padres actualmente desempleado?..... **Sí No**

Nombre del padre desempleado _____

¿Ha renunciado este padre voluntariamente a un trabajo en los últimos 30 días?..... **Sí No**

¿Ha rechazado este padre una oferta de empleo en los últimos 30 días?..... **Sí No**

Caja 3

Ingresos – Por cada persona que vive en la casa, enumere todos los ingresos gruesos que él o ella recibieron en el mes enumerado en la caja 1.

Nombre	Empleador	Fecha de Comienzo	Horas trabajadas por mes	Sueldo por Hora

¿Ha recibido alguien que vive en el hogar algún tipo de ingreso de los enumerados a continuación durante el mes indicado en la caja 1? Por favor marque el tipo del ingreso..... **Sí No**

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Seguro Social (SSA) | <input type="checkbox"/> Pensión/Jubilación | <input type="checkbox"/> Renta de Propiedad |
| <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) | <input type="checkbox"/> Dividendos (Acciones/Bonos) | <input type="checkbox"/> Fondos Tribales |
| <input type="checkbox"/> Beneficio de Veteranos | <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia | <input type="checkbox"/> Otros (especifique) |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo | <input type="checkbox"/> Pago de Soporte Infantil | |

¿Quién? _____

¿Monto? _____

Caja 4

Gastos – Por favor responda la pregunta enumerada a continuación sobre las personas que estuvieron viviendo en el hogar durante el mes que aparece en la caja 1.

¿Se le esta pagando pensión alimenticia o pago de soporte infantil a alguien que vive en el hogar?..... **Sí No**

Si responde sí, dé el nombre y la cantidad pagada: _____

¿Paga alguien en la casa por cuidado dependiente para que ellos puedan ir a trabajar?..... **Sí No**

Si responde sí, dé el nombre y la cantidad pagada: _____

Caja 5

Activos – Enumere cualquier activo perteneciente a cualquier persona que vive en el hogar durante el mes enumerado en la caja 1. Por favor marque el tipo de activo.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cuenta de Cheques | <input type="checkbox"/> Cuentas de Ahorros | <input type="checkbox"/> Seguro de Vida |
| <input type="checkbox"/> IRA/Acciones/Bonos | <input type="checkbox"/> Hogar o condominio (no viviendo en el) | <input type="checkbox"/> Remolques |
| <input type="checkbox"/> Fondos Fiduciarios | <input type="checkbox"/> Efectivo | <input type="checkbox"/> Ganaderia |
| <input type="checkbox"/> Planes Funerarios | <input type="checkbox"/> Propiedades | |

Dueño	Tipo de Activo	¿En Conjunto? S/N	Número de cuenta	Valor/Balance	Cantidad Debida

Vehículos - (Automóvil, Moto de Nieve, Motocicleta, Camion/Van, Lanchas)

Dueño	Tipo de Vehículo	Modelo	Año	Numero de Placa/ Estado	Valor	Cantidad Debida

Terceros Responsables y la Información del Seguro

Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
1. ¿Tiene Seguro de Salud, incluyendo Medicare, el (los) niño(s) bajo cuidado legal? <i>No incluya Medicaid, CHIP o PCN. Si usted contestara sí, complete la Sección 1.</i>	Sí No
2. ¿Ha culminado en los últimos 6 meses el seguro que tenía el (los) niño(s) bajo cuidado legal?	Sí No
3. ¿Ha tenido el (los) niño(s) bajo cuidado legal seguro disponible en el que usted no lo ha inscrito? <i>Si usted contesto sí, complete la Sección 2.</i>	Sí No
4. ¿Ha tenido el (los) niño(s) bajo cuidado legal una necesidad médica mayor? ¿Quién tiene la necesidad médica? _____ ¿Cuál es la necesidad médica? _____	Sí No
Si responde sí, ¿Tiene usted?: 1. ¿Seguro disponible, qué usted no ha contratado? _____	Sí No
2. ¿Seguro que ha acabado en los últimos 60 días? _____	Sí No
*El embarazo es considerado una necesidad médica mayor. Si usted contesto sí, complete la información en la Sección 2.	
5. ¿Ha sufrido un accidente o un ataque el (los) niño(s) bajo cuidado legal? <i>Si usted contesto sí, complete la Sección 3.</i>	Sí No
6. ¿Esta alguna otra persona obligada a pagar gastos médicos por el (los) niño(s) bajo cuidado legal? Si responde sí, Nombre de la persona _____ Numero Telefónico _____	Sí No
7. ¿Ha servido cualquiera de las personas que viven en su hogar alguna vez en el ejército? Nombre _____ Fecha del Servicio _____	Sí No

Sección 1– Información del Seguro (Complete esta información si usted ha contestado SI en la pregunta 1.)

Nombre de la Compañía de Seguro _____	Telefono # _____
Dirección de la Compañía de Seguro _____	Grupo # _____
_____	_____

Por favor lea y firme la declaración siguiente.

Yo certifico que la información anteriormente proporcionada es verdadera y correcta. Los Números de Seguro Social y toda la otra información que usted ha proporcionado estarán sujeta a comprobación por parte de las agencias federales, estatales, y locales. Yo doy mi permiso para que cualquier información en esta forma sea verificada

** *Firma del Padre*

Fecha

Teléfono #

*** Firma del Padre*

Fecha

Teléfono #

** * Sólo la(s) persona(s) la(s) cual(es) era(n) legalmente responsable por el niño al momento que la responsabilidad de cuidado se le dio al Estado de Utah debe(n) firmar en las anteriores líneas. Su cooperación es apreciada.*