

Collin County - Departamento de Supervisión y Corrección de la Comunidad

Perfil Financiero

Nombre de acusado: _____

Ingresos de casa: _____ Numere en la casa: _____

Número 1 - Enumere sus ingresos mensuales

Ingresos \$ _____
Por hora \$ _____
Ingreso neto. \$ _____
Ingresos de su esposo(a) \$ _____
Ingresos por ayudas \$ _____
Asistencia del Estado \$ _____
Estampillas para Comida \$ _____
Seguro Social \$ _____
Asistencia para s Veteranos \$ _____

Otros Ingresos \$ _____

(A) INGRESOS TOTALES \$ _____

Numero 2 – Liste sus gastos mensuales

Hipoteca \$ _____
Arriendo / Renta \$ _____
Pagos de gas, electricidad \$ _____
Teléfono \$ _____
Comida \$ _____
Basura \$ _____
Pagos por transporte \$ _____
Gasolina para el Auto \$ _____
Pagos por préstamo- Auto \$ _____
Seguro para el Auto \$ _____
Reparaciones del Auto \$ _____
Ropa \$ _____
Doctor \$ _____
Seguro médico \$ _____
Pago para cuidar a los niños \$ _____
Pago de ayuda a los niños \$ _____
Préstamo personal \$ _____
Tarjetas de Crédito \$ _____

(B) TOTAL \$ _____

(C) Pagos por Corte / Tribunal \$ _____

(Otro 1)

Lavandería y Tintorería \$ _____
Corte de pelo-Salón de belleza \$ _____
Perfumes, Artículos Personales \$ _____

Cigarrillos / Tabaco \$ _____

Vacaciones / Navidad \$ _____

(D) TOTAL \$ _____

(Otro 2)

Póliza-seguro de Vida \$ _____

Donaciones \$ _____

Recreación /alcohol \$ _____

Ahorros \$ _____

Seguro por Renta del Apt. \$ _____

(E) TOTAL \$ _____

(Otro 3)

Periódicos / revistas \$ _____

Matrícula por la escuela \$ _____

Libros/Papelería/Materiales \$ _____

(F) TOTAL \$ _____

(Otro 4)

Compras Mayores \$ _____

Otros Pagos Mensuales \$ _____

(G) GASTOS TOTALES \$ _____
(Suma de totales B, C, D, E, & F)

INGRESO TOTAL \$ _____
(Total de A)

GASTOS TOTALES \$ _____
(Total de G)

DINERO DISPONIBLE \$ _____

INVERSIONES

Acciones, Mercado de valores \$ _____

Valor de Bonos \$ _____

Depósitos Certificados \$ _____

Cuenta de Ahorros \$ _____

Otras Inversiones (liste) \$ _____

¿Que medios usa para mantenerse? _____

TIENE QUE PRESENTAR DOCUMENTACION DE SOPORTE CON ESTA FORMA

Una persona todavía puede calificar para servicios de contrato a pesar de ingresos que son más altos que el umbral si pueden mostrar los gastos extraordinarios.

Con mi firma abajo, certifico que la información aquí proporcionada es verdadera y precisa. Comprendo que si he falsificado mis ingresos puedo ser requerido a reembolsar el CSCD para cualquier fondo gastado en mi evaluación y/o el tratamiento.

Acusado _____

Fecha _____

Oficial de Supervisión _____

Fecha _____