

PROGRAMA DE MEDIACIÓN FAMILIAR FORMULARIO DE VERIFICACION DE INGRESOS



I. **INFORMACIÓN DE FAMILIA:** Por favor haga una lista de todas las personas que viven en la misma casa con usted (ya sean sus familiares o no). También haga favor de escribir el ingreso mensual de todas las personas mayores de 18 años de edad que viven en su casa.

Nombres	Fecha de Nacimiento	Que relacion tiene con usted	Ingreso Mensual
_____	_____	<u>Nombre suyo</u>	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

II. INFORMACIÓN FINANCIERA

A. **Empleo** — si no esta empleado, por favor ponga información de su último empleo.

Empleador _____

Dirección _____

Numero Telefónico _____

Supervisor _____

Típo de Empleo _____

Pago Por Hora \$ _____ Numero de horas por semana _____

Ingreso Mensual \$ _____ Fecha en que comenzó a trabajar _____

B. **Beneficios del Gobierno** — cuanto recibe de cada uno de los siguientes beneficios

_____ AFDC \$ _____

C. **Other Income** — (✓) Marque todos los que apliquen

_____ Social Security \$ _____

_____ Pensión de Veterano \$ _____

_____ Pensión de Jubilación \$ _____

_____ Ingreso de rentas \$ _____

_____ Compensación de desempleo \$ _____

_____ Beneficios de deshabilitades \$ _____

_____ Alimony \$ _____

_____ Child Support \$ _____
(Sosten económico para usted
y para sus hijos)

_____ Otro (especifique) \$ _____

III. VERIFICACIÓN DE INGRESOS

éste formulario se debe de completar y firmar antes de la sesion inicial de mediación si usted desea que consideremos reducirle los honorarios. Es necesario completar todo el formulario o no lo aceptaremos.

Yo verifíco bajo penalidades de perjurio que los numeros que he llenado en éste formulario son verídicos y correctos y que si estos numeros cambian durante éste proceso, notificaré al programa de mediación familiar inmediatamente.

Firma

Fecha