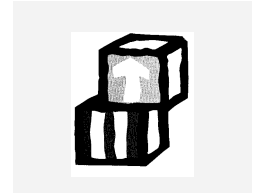




Por favor regrese a:
CAP AGENCY HEAD START
 2496 145th St. West
 Rosemount, MN 55068
 PHONE 651-322-3500 FAX 651-322-3555



Nombre(s): _____ Numero Telefonico # : _____

Direccion: _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Ultimo Día De Empleo: _____ ¿Cuando hizo sus impuestos, puso que no tuvo ingresos? Si _____ No _____

¿Recibe el Desempleo, Compensación de Trabajadores, Beneficios de Seguro, Pagos de Anualidad, la Pensión, Pagos Tribales de Casino, o los Ingresos de Renta? _____

¿Esta viviendo de ahorros, préstamo en casa de equidad, tarjetas de crédito, etc.? _____

Resumen de Ingresos

(EXPLIQUE COMO O SI CADA BILL FUE PAGADO)

<u>Proporcione la cantidad de cada gasto por los 3 meses listados</u>				<u>Explique cómo pagó por cada gasto (sueldos, ahorros, regalos, préstamos, tarjetas de crédito, etc.)</u>
Renta/Hipoteca	\$ _____	\$ _____	\$ _____	
Renta de terreno (si aplica)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	
Comida	\$ _____	\$ _____	\$ _____	
Calefacion	\$ _____	\$ _____	\$ _____	
Electricidad/Luz	\$ _____	\$ _____	\$ _____	
Teléfono	\$ _____	\$ _____	\$ _____	
Pago del carro	\$ _____	\$ _____	\$ _____	
Gasolina para el carro	\$ _____	\$ _____	\$ _____	
TOTAL	\$ _____	\$ _____	\$ _____	

Si alguien le ayudó a pagar sus cuentas durante los tres meses mencionados anteriormente, escriba su nombre, dirección y número de teléfono a continuación.

Firmando esta forma, yo afirmo que creo que estos hechos son exactos y verdaderos. Sé que puedo tener que demostrar mis declaraciones. Sé que puedo ser procesado para el fraude y el perjurio si doy astutamente información falsa.

Signature: _____ Date: _____