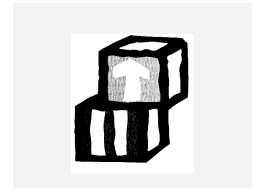




Por favor regrese a:
CAP AGENCY HEAD START
 2496 145th St. West
 Rosemount, MN 55068
 PHONE 651-322-3500 FAX 651-322-3555



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 Añualidad, la Pensión, Pagos Tribales de Casino, o los Ingresos de Renta? _____

¿Está 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:** _____