STATEMENT OF FINANCIAL CONDITION
DECLARACIÓN DE ESTADO ECONÓMICO

YOUR NAME/*SU NOMBRE*	**YOUR SOCIAL SECURITY NUMBER**/*SU NUMERO DE SEGURO SOCIAL*

YOUR RESIDENTIAL ADDRESS (No., Street, City, ZIP Code)
/*DOMICILIO*

YOUR MAILING ADDRESS (if different from residential)
/*DIRECCIÓN POSTAL*

YOUR HOME PHONE/*NÚMERO DE TELÉFONO (DOMICILIO)*	**YOUR BUSINESS PHONE**/ *NÚMERO DE TELÉFONO (TRABAJO)*
YOUR EMPLOYER (Name and Address)/*EMPLEADOR (NOMBRE Y DIRECCIÓN)*	**YOUR AVERAGE WEEKLY GROSS PAY**/*INGRESO BRUTO SEMANAL MEDIANO*

NAME OF YOUR CURRENT SPOUSE/*NOMBRE DE SU ESPOSO(A) ACTUAL*	**IS CURRENT SPOUSE EMPLOYED?** *¿EL/ELLA ESTA TRABAJANDO?* [ ] YES/*SI* [ ] NO	**SPOUSE'S AVERAGE WEEKLY GROSS PAY**/ *INGRESO BRUTO SEMANAL MEDIANO DE ESPOSO(A)*

LIST THE NAME(S) OF ANY OTHER ADULTS WHO LIVE IN YOUR HOUSE* *HAGA UNA LISTA DE TODO OTRO ADULTO VIVIENDO EN SU CASA**	**DO THEY SHARE YOUR HOUSEHOLD EXPENSES**? *¿COMPARTEN SUS GASTOS DOMESTICOS?*
	[ ] **YES**/*SI* [ ] **NO**
	[ ] **YES**/*SI* [ ] **NO**
	[ ] **YES**/*SI* [ ] **NO**

YOUR OTHER SOURCES OF INCOME (e.g., alimony, rental income, etc.)* *OTRAS FUENTES DE INGRESO (ej. pensiones alimenticias, rentas, etc.)**	**AMOUNT** /*CANTIDAD*	**FREQUENCY**/*FRECUENCIA*

ARE YOU SELF-EMPLOYED? /*¿UD ESTA TRABAJANDO POR CUENTA PROPIA?* [ ] **YES**/*SI* [ ] **NO**
If yes, please provide a copy of your most recent state or federal tax return and a copy of Schedule C.
Si contestó que si, proporcione por favor adjunta una copia de su declaración del impuesto (federal o estatal) y una copia del Schedule C.

GIVE THE FOLLOWING INFORMATION FOR EACH OF YOUR CHILDREN*
*PROPORCIONE LA INFORMACIÓN SIGUENTE PARA CADA DE SUS NIÑOS**

NAME/*NOMBRE*	**DATE OF BIRTH/** *FECHA DE NACIMIENTO*	**DOES CHILD LIVE WITH YOU?/** *¿EL NINO VIVE CON USTED?*	**DO YOU HAVE A COURT ORDER TO PAY CHILD SUPPORT FOR THIS CHILD?**/** *¿UD TIENE UNA ORDEN PARA PAGAR MANUTENCION PARA ESTE NIÑO?* **IF YES**/*SI CONTESTA SI*:	**DO YOU HAVE A COURT ORDER TO RECEIVE CHILD SUPPORT FOR THIS CHILD?**/** *¿UD TIENE UNA ORDEN PARA RECIBIR MANUTENCION PARA ESTE NIÑO?* **IF YES**/*SI CONTESTA SI*:
		[ ] **YES**/*SI* [ ] **NO**	**Amount**/*Cantidad*: **Frequency**/*Frecuencia*:	**Amount**/*Cantidad*: **Frequency**/*Frecuencia*:
		[ ] **YES**/*SI* [ ] **NO**	**Amount**/*Cantidad*: **Frequency**/*Frecuencia*:	**Amount**/*Cantidad*: **Frequency**/*Frecuencia*:
		[ ] **YES**/*SI* [ ] **NO**	**Amount**/*Cantidad*: **Frequency**/*Frecuencia*:	Amount/*Cantidad*: **Frequency**/*Frecuencia*:
		[ ] **YES**/*SI* [ ] **NO**	**Amount**/*Cantidad*: **Frequency**/*Frecuencia*:	**Amount**/*Cantidad*: **Frequency**/*Frecuencia*:

***ATTACH ADDITIONAL SHEETS, IF NECESSARY, TO COMPLETE THIS INFORMATION.** */SI FALTA, ADJUNTELE OTRAS HOJAS PARA LLENAR ESTA INFORMACIÓN.*
****IF NOT COLLECTED BY DOR, PLEASE PROVIDE A COPY OF THE ORDER.**/*SI ESTA NO SE COLECTA PARA DOR, ADJUNTE UNA COPIA DE LA ORDEN POR FAVOR.*

GIVE THE FOLLOWING INFORMATION ABOUT EACH CHILD FOR WHOM YOU PAY DAY CARE COSTS *
*PROPORCIONE LA INFORMACIÓN SIGUENTE PARA CADA NIÑO POR QUIEN USTED PAGA SERVICIOS DE GUARDARÍA INFANTIL**

NAME /NOMBRE	**AMOUNT YOU PAY WEEKLY AND TO WHOM**/*CANTIDAD Y BENEFICIARIO*

GIVE THE FOLLOWING INFORMATION ABOUT YOUR HEALTH CARE COVERAGE
PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SOBRE SU COBERTURA MÉDICO

IS HEALTH CARE COVERAGE OFFERED BY YOUR EMPLOYER? */¿UN PLAN DE SEGURO MÉDICO SE OFRECE ATRAVÉS DE SU EMPLEADOR?* [ ] YES/*SI* [ ] NO
If yes, are you enrolled? */¿Si contesta que si, ¿Usted está inscrito?* [ ] **YES**/*SI* [ ] **NO**

IS THE PLAN IN WHICH YOU ARE ENROLLED (Please Check One) */ EL PLAN EN QUE ÉSTA INSCRITO ES (Marque uno de los siguentes)*
[ ] **FAMILY**/*PARA FAMILIAS* [ ] **INDIVIDUAL**/*PARA INDIVIDUOS*

WHAT IS THE COST TO YOU? (Please Fill in Amount)/*¿CUANTO LE COSTA?(Llene la cantidad, por favor)*
FAMILY/*PARA FAMILIAS* $_____ **PER**/*POR* _____ **INDIVIDUAL**/*PARA INDIVIDUOS*
$_____ **PER**/*POR* _____
If individual, what would be the cost for family?/ *Si para indivuos, ¿cuanto costaría si fuera para familias?*
$_____ **PER**/*POR* _____

GIVE THE FOLLOWING INFORMATION ABOUT YOUR DENTAL AND VISION PLAN
PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SOBRE SU PLAN DE SEGURO DENTAL Y VISIÓN

DOES YOUR EMPLOYER OFFER A DENTAL AND VISION PLAN? / *¿SU EMPLEADOR OFRECE UN PLAN DENTAL Y VISIÓN?*
[ ] **YES**/*SI* [ ] **NO**

If yes, are you enrolled?/*Si contesta que si, ¿Usted ésta inscrito?* [ ] **YES**/*SI* [ ] **NO**

IS THE PLAN IN WHICH YOU ARE ENROLLED (Please Check One) / *EL PLAN EN QUE ÉSTA INSCRITO ES (Marque uno de los siguentes)*
[ ] **FAMILY**/*PARA FAMILIAS* [ ] **INDIVIDUAL**/*PARA INDIVIDUOS*

WHAT IS THE COST TO YOU? (Please Fill in Amount)/*¿CUANTO LE COSTA?(Llene la cantidad, por favor)*
FAMILY/*PARA FAMILIAS* $_____ **PER**/*POR* _____ **INDIVIDUAL**/*PARA INDIVIDUOS*
$_____ **PER**/*POR* _____
If individual, what would be the cost for family?/ *Si para indivuos, ¿cuanto costaría si fuera para familias?*
$_____ **PER**/*POR* _____

LIST OTHERS ENROLLED IN THESE PLANS*/*HAGA UNA LISTA DE LOS OTROS INSCRITOS EN ESTOS PLANES**

NAME/NOMBRE	**RELATIONSHIP TO YOU/***SU RELACIÓN CON USTED*	**ENROLLED IN/***INSCRITO EN* (**Please Check All That Apply**/*Por favor, marque todos que se applican*)
		[ ] HEALTH/*MÉDICA* [ ] DENTAL [ ] VISION
		[ ] HEALTH/*MÉDICA* [ ] DENTAL [ ] VISION
		[ ] HEALTH/*MÉDICA* [ ] DENTAL [ ] VISION
		[ ] HEALTH/*MÉDICA* [ ] DENTAL [ ] VISION

ARE THERE ANY OTHER CIRCUMSTANCES THAT COULD AFFECT THIS REVIEW? (e.g., special medical needs, bankruptcy, etc.)*
*¿HAY OTRAS CIRCUNSTANCIAS QUE PODRÍAN AFECTAR A ESTA REVISIÓN? (ej. necesidades médicas especiales, quiebras, etc.)**

AFFIDAVIT / *AFFIDÁVIT*	**Under penalties of perjury, I declare that this statement of assets and liabilities and other information is true and correct to the best of my knowledge and belief./** *Bajo pena de perjurio, declaro que esta declaración de activos y pasivos y otra información es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento y creencia.*
SIGNATURE /*FIRMA*	**DATE/***FECHA*

ATTACH ADDITIONAL SHEETS, IF NECESSARY, TO COMPLETE THIS INFORMATION./SI FALTA, ADJUNTELE OTRAS HOJAS PARA LLENAR ESTA INFORMACIÓN.*