

**THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE / CUIDADO DE NIÑOS SUBSIDIADO
HOUSEHOLD INCOME STATEMENT / DECLARACIÓN DE INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR**

ÚNICAMENTE PARA FINES INFORMATIVOS - NO COMPLETAR EL FORMULARIO TRADUCIDO

Lea con atención y marque con una "X" todas las opciones que corresponda. Es posible que se le solicite documentación de ingresos.

Certifico bajo pena de perjurio que la información a continuación es correcta y completa a mi leal saber y entender. Proporcionar detalles imprecisos acerca de mis ingresos del grupo familiar llevará a la conclusión de que proporcioné información falsa o confusa. Entiendo que proporcionar información falsa o confusa a mi Administrador de Subsidios de cuidado de niños y el Departamento de Cuidado y Educación Temprana (EEC) de Massachusetts podrá resultar en la cancelación inmediata de mi subsidio de cuidado de niños. También entiendo que el EEC podrá requerir que devuelva los pagos inadecuados para asistencia financiera para el cuidado de niños que recibí después de proporcionar información falsa o confusa.

ACTUALMENTE RECIBO (COMPLETAR TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDA - NO DEJAR LÍNEAS EN BLANCO, COLOCAR UN CERO SI LA OPCIÓN NO CORRESPONDE):

Tipo de Ingreso	Padre/Madre N.º 1 Monto	Padre/Madre N.º 1 Frecuencia (mensual, semanal, etc.)	Padre/Madre N.º 2 Monto	Padre/Madre N.º 2 Frecuencia (mensual, semanal, etc.)
Ingresos por Empleo	\$ _____	_____	\$ _____	_____
Propina Obtenida	\$ _____	_____	\$ _____	_____
Ingreso Comercial	\$ _____	_____	\$ _____	_____
Comisión	\$ _____	_____	\$ _____	_____
Cuota Alimentaria	\$ _____	_____	\$ _____	_____
Cuota Alimentaria para Cónyuge	\$ _____	_____	\$ _____	_____
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TAFDC, por sus siglas en inglés) (NO Beneficios SNAP)	\$ _____	_____	\$ _____	_____
Estipendios Transitorios del Departamento de Asistencia Transicional (DTA, por sus siglas en inglés)	\$ _____	_____	\$ _____	_____
Ingresos por Alquileres	\$ _____	_____	\$ _____	_____
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)/Ingreso por Discapacidad (SSDI, por sus siglas en inglés)	\$ _____	_____	\$ _____	_____
Seguro de Desempleo	\$ _____	_____	\$ _____	_____
Indemnización por Despido	\$ _____	_____	\$ _____	_____
Beneficios para Veteranos (p. ej. retiro, discapacidad, etc.)	\$ _____	_____	\$ _____	_____
Dividendos o Ingresos de Fideicomisos/Sucesiones	\$ _____	_____	\$ _____	_____
Otros _____	\$ _____	_____	\$ _____	_____

RECIBO AYUDA EN ESPECIE. La ayuda en especie puede incluir recibir dinero del padre/madre que no tiene la tenencia para artículos tales como: pañales, alimentos, gasolina, pago de un servicio o hipoteca, cuota alimentaria informal para el cónyuge u otras formas de ayuda. La ayuda en especie **no** incluye pagos realizados a través del Departamento de Hacienda (DOR, por sus siglas en inglés) o los Tribunales.

El valor estimado de esta ayuda es: \$ _____
 Recibo esta ayuda (seleccionar una con un círculo): *Anualmente Mensualmente Semanalmente En forma irregular*

Si usted NO recibe NINGUNA ayuda:

- Tengo una orden judicial de cuota alimentaria**, sin embargo, **no recibo** ayuda en la actualidad.
- Tengo una orden judicial de cuota alimentaria para cónyuge**, sin embargo, **no recibo** ayuda en la actualidad.
- NO recibo ninguna cuota alimentaria para cónyuge, ni cuota alimentaria para hijos ni por otros conceptos** DE NINGÚN TRIBUNAL ORDEN U OTRO ACUERDO. No recibo ayuda de ningún tipo en la actualidad, ni ningún tipo de ayuda en especie.

_____*(Inicial)* **Certifico que en mi grupo familiar no hay activos con un valor combinado de más de \$1 millón. Los activos son objetos de valor incluidos, entre otros, todas las casas y demás edificios, bienes inmuebles, vehículos, efectivo, cuentas bancarias, valor en efectivo de pólizas de seguro de vida, fideicomisos, acciones, bonos y valor comercial en general, incluidos equipos, joyas, ganado u otros bienes.**

Nombre del Padre/Madre en letra de imprenta

Número de Seguro Social

Firma

Fecha