

DECLARACIÓN FINANCIERA CONFIDENCIAL

INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE (Por favor llene ambas páginas de este documento):

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Número de Seguro Social _____ Número de la licencia de conducir _____
(Requerido para verificar la información)

Nombre de la pareja / cónyuge _____ Fecha de nacimiento _____

Número de Seguro Social _____ Número de la licencia de conducir _____
(Requerido para verificar la información)

Domicilio (Núm., calle, apartamento, casilla postal) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección Postal (Núm., calle, apartamento, casilla postal) _____
(Si es diferente al indicado arriba)

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de teléfono de domicilio _____ Número de teléfono celular _____ Número de teléfono del trabajo _____

Yo solicito una exención de la recuperación del sobrepago de los beneficios de seguro por desempleo porque:

LISTE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR, INCLUYENDO EL PARENTESCO Y LA FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

LISTE TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS GANANCIALES (salarios, autónomo, etc):

Nombre del trabajador _____ Cantidad Bruta Mensual \$ _____

Nombre del empleador (Compañía) _____

Dirección del empleador (Núm., calle, casilla postal) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Número de teléfono _____

Nombre del trabajador _____ Cantidad Bruta Mensual \$ _____

Nombre del empleador (Compañía) _____

Dirección del empleador (Núm., calle, casilla postal) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Número de teléfono _____

Si no está trabajando, especifique los salarios devengados cuando estaba trabajando: \$ _____ por _____

LISTE TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS NO GANADOS (Seguro Social/beneficio de SSI, jubilación ferroviaria, sustento para menores, pensión alimenticia, beneficios de los veteranos, asistencia pública, HUD, BIA, donaciones, etc):

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE LOS BENEFICIOS:	TIPO DE INGRESO QUE RECIBE	CANTIDAD MENSUAL QUE RECIBE
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

LISTE TODOS SUS GASTOS MENSUALES:

Usted: Es propietario/a Alquila Nombre del acreedor hipotecario / propietario: _____
 Dirección del acreedor hipotecario / propietario (Núm., calle, casilla postal) _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Cantidad mensual del alquiler o de la hipoteca: \$ _____ Si usted es el propietario, cuál es la plusvalía: \$ _____
 Mensualidad de los servicios: \$ _____ Pagos relacionados a la salud: \$ _____
 (Electricidad, gas, desagüe, basura, teléfono) (Medicamentos, seguro, primas, etc)
 Gastos alimentarios mensuales: \$ _____ Otros gastos: \$ _____ Especifique: _____

LISTE TODOS LOS OTROS PAGOS MENSUALES (compañía financiera, tiendas por departamentos, tarjetas de crédito, etc.):

Nombre de la compañía _____
 Dirección de la compañía (Núm., calle, casilla postal) _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Balance original: \$ _____ Balance que se adeuda: \$ _____ Pagos mensuales: \$ _____
 Nombre de la compañía _____
 Dirección de la compañía (Núm., calle, casilla postal) _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Balance original: \$ _____ Balance que se adeuda: \$ _____ Pagos mensuales: \$ _____

LISTE TODAS LAS CUENTAS BANCARIAS:

Nombre del banco o de la institución financiera _____
 Dirección del banco o de la institución financiera (Núm., calle) _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Tipo de cuenta: Corriente Ahorros Certificado de Depósitos Otro: _____
 Número de cuenta: _____ Valor de cuenta: \$ _____
 Nombre del banco o de la institución financiera _____
 Dirección del banco o de la institución financiera (Núm., calle) _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Tipo de cuenta: Corriente Ahorros Certificado de Depósitos Otro: _____
 Número de cuenta: _____ Valor de cuenta: \$ _____

LISTE TODOS LOS VEHÍCULOS, EMBARCACIONES Y VEHÍCULOS RECREACIONALES:

Marca y modelo _____ Año _____ Número de placa _____
 Valor: \$ _____ Pago mensual: \$ _____ Cantidad que se adeuda: \$ _____
 Marca y modelo _____ Año _____ Número de placa _____
 Valor: \$ _____ Pago mensual: \$ _____ Cantidad que se adeuda: \$ _____
 Marca y modelo _____ Año _____ Número de placa _____
 Valor: \$ _____ Pago mensual: \$ _____ Cantidad que se adeuda: \$ _____
 Marca y modelo _____ Año _____ Número de placa _____
 Valor: \$ _____ Pago mensual: \$ _____ Cantidad que se adeuda: \$ _____

OTROS ACTIVOS:

Otros bienes raíces: Sí No Valor estimado: \$ _____

Descripción (*Lugar, número de info, etc.*) _____

Acciones o bonos: Sí No Valor estimado: \$ _____

Descripción (*Lugar, número de info, etc.*) _____

Otro: _____ Valor estimado: \$ _____

Descripción (*Lugar, número de info, etc.*) _____

¿Alguna vez se ha declarado en bancarrota? Sí No

Número del caso: _____ Fecha que presento la solicitud de bancarrota: _____

COMENTARIOS ADICIONALES:

Yo juro bajo pena de cometer perjurio, que las declaraciones aquí hechas acerca de mis ingresos, bienes, propiedad y toda otra información que haya dado al DES que se refiere a mi situación financiera, es verdadera a mi leal saber y que no oculto ninguna información.

FIRMA _____ FECHA _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE
DEL DEPARTAMENTO _____ FECHA _____
(Necesaria si se llena en una oficina local)

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English on-line or at the local office.