Caja 2 cont.

Información del Hogar (cont.) – Provea la Información para el mes anotado en la Caja 1.

¿Están ambos padres del niño tutelar viviendo en el hogar anotado arriba?..... **Si No**

Si no están, por favor indique la razón para la ausencia del padre/madre.

_____ Muerte _____ Divorcio _____ Separación

_____ Cárcel _____ Otro (explique) _____

¿Continuará el padre/madre su ausencia por más de 30 días?..... **Si No**

¿Está alguna persona en el hogar deshabilitada?..... **Si No**

¿Quién? _____

¿La persona deshabilitada está recibiendo cualquiera de los siguientes tipos de ingreso?..... **Si No**

_____ SSI _____ Compensación al Trabajador _____ SSA

¿Está uno de los padres actualmente sin empleo?..... **Si No**

Nombre del Padre/Madre _____

¿Este padre a renunciando voluntariamente a un trabajo en los últimos 30 días?... **Si No**

¿Este padre a renunciando una oferta de trabajo en los últimos 30 días?..... **Si No**

Caja 3

Ingreso – Para cada persona viviendo en el hogar, anote todo el ingreso bruto que el o ella ha recibido en el mes anotado en la Caja 1.

Nombre	Empleador	Fecha de Inicio	Horas trabajadas por mes	Ingreso por hora

¿Alguna de las personas que viven en el hogar ha recibido algún tipo de ingreso listado abajo durante el mes anotado en la Caja 1? Por favor marque el tipo de ingreso..... **Si No**

☐ Seguro Social (SSA)	☐ Pensión/Retiro	☐ Renta de Propiedad
☐ Ingreso de Seguridad Suplemental (SSI)	☐ Dividendos (Acciones/Bonos)	☐ Fondos de Tribu
☐ Beneficios de Veterano	☐ Sustento Pagado por Divorcio	☐ Otro (especifique)
☐ Beneficios del Desempleado	☐ Soporte para el Niño	

¿Quién? _____

¿La Cantidad? _____

Caja 4

Gastos – Por favor responda a las preguntas listadas abajo para las personas viviendo en el hogar en el mes anotado en la Caja 1.

¿Alguna de las personas que vive en el hogar recibe “Soporte para el Niño” o Sustento Pagado por Divorcio?..... **Si No**

Si es así, escriba el nombre y la cantidad recibida: _____

¿Alguna de las personas en el hogar paga por cuidado de dependientes para poder ir a trabajar? **Si No**

Si es así, escriba los nombres y las cantidades: _____

Caja 5

Bienes – Anote todos los bienes que pertenecen a las personas que viven en el hogar durante el mes listado en la Caja 1. Por favor marque el tipo de bien.

☐ Cuenta Corriente (Checking)	☐ Cuenta de Ahorros	☐ Seguro Total de Vida
☐ IRA/Acciones/Bonos	☐ Hogar o Condo (no habitado)	☐ "Trailers" Hogar Movil
☐ Fondo de Beneficios	☐ Dinero en Efectivo	☐ Ganado
☐ Planes de Funeral	☐ Propiedad	

Dueño	Tipo de Bien	¿Propiedad compartida? S/N	Número de Cuenta	Valor/Balance	Cantidad que Debe

Vehículos - (Auto, Motonieve, Motocicleta, Camión/Van, Bote)

Dueño	Tipo de Vehículo	Modelo	Año	¿Con Licencia? # de Placa/Estado	Valor	Cantidad que Debe

Información de Seguro y de Terceras Personas

Nombre:	Fecha de Nacimiento:
1. ¿Tiene el/los niño/s adoptivo/s actualmente seguro de salud incluyendo Medicare? Si No <i>No anote Medicaid, CHIP, o PCN. Si usted responde Si, complete la sección 1.</i>	
2. ¿El/los niño/s adoptivo/s tenía/n algún seguro que ha acabado en los últimos 6 meses? Si No	
3. ¿El/los niño/s adoptivo/s tiene/n algún seguro disponible al que usted no le ha registrado? Si No <i>Si usted responde Si, complete la Sección 2.</i>	
4. ¿El/los niño/s adoptivo/s tiene/n una necesidad médica mayor? Si No ¿Quién tiene la necesidad médica? _____ ¿Cuál es la necesidad médica? _____ Si responde Si, tiene usted: 1. ¿Seguro disponible, el cual no ha comprado? Si No 2. ¿Seguro que ha acabado en los últimos 60 días? Si No <i>*Embarazo es considerado una necesidad mayor médica. Si respondió Si, complete la Información en la Sección 2.</i>	
5. ¿El/los niño/s adoptivo/s ha/n sido lastimado/s en un accidente o ataque? Si No <i>Si responde Si, complete la Sección 3.</i>	
6. ¿Hay alguna otra persona requerida a pagar los gastos médicos de el/los niño/s adoptivo/s? Si No Si responde Si, Nombre de la Persona _____ No. de Teléfono _____	
7. ¿Alguna persona en su hogar sirvió en las fuerzas militares? Si No Nombre _____ Fechas de los Servicios _____	

Sección 1 –Información del Seguro (Complete esta Información si usted respondió SI a la pregunta 1.)

Nombre de la Compañía de Seguro _____	No. de Teléfono _____
Dirección de la Compañía de Seguro _____	No. de Grupo _____
_____	_____

Nombre de la Compañía de Seguro _____ Dirección de la Compañía de Seguro _____ _____	No. de Teléfono _____ No. de Grupo _____									
Nombre del Dueño de la Póliza: _____ No. de Póliza _____ Fecha de Nacimiento del Dueño de la Póliza _____ No. de Seguro Social del Dueño de la Póliza _____ Si el seguro es a través del empleador, liste el nombre del empleador y número de teléfono _____ Prima \$ _____ Fecha de pago _____ ¿Que tan seguido? _____ Nombres de/los niño/s adoptivo/s cubiertos _____										
Sección 2 – Información de Compra/PCN (Por favor complete si usted respondió Si a la pregunta 2 o 3)										
Nombre y Teléfono de la Compañía de Seguro _____ Nombre del Dueño de la Póliza _____ No. de Póliza _____ Nombre del Empleador y No. de Teléfono (si es aplicable) _____ ¿Si no fue a través de un Empleador, como obtuvo Seguro? _____										
Sección 3 – Información de Accidente o Asalto (Si usted respondió NO a la pregunta 5, NO complete esta sección.)										
Por favor marque el tipo de incidente: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">☐ Automóvil</td> <td style="width: 33%;">☐ Asalto</td> <td style="width: 33%;">☐ Mordida de perro</td> </tr> <tr> <td>☐ Relacionado al Trabajo</td> <td>☐ Resbalo/caída</td> <td>☐ Error Médico</td> </tr> <tr> <td colspan="3">☐ Otro, por favor explique _____</td> </tr> </table>		☐ Automóvil	☐ Asalto	☐ Mordida de perro	☐ Relacionado al Trabajo	☐ Resbalo/caída	☐ Error Médico	☐ Otro, por favor explique _____		
☐ Automóvil	☐ Asalto	☐ Mordida de perro								
☐ Relacionado al Trabajo	☐ Resbalo/caída	☐ Error Médico								
☐ Otro, por favor explique _____										
Nombre de la/s persona/s lastimadas: _____ Fecha del incidente: _____										
¿Se presentó una declaración a la Policía?..... Si No Departamento de Policía _____ No. de Reporte _____ Nombre del Abogado: _____ No. de Teléfono _____										

Por favor lea y firme la declaración siguiente.

Yo certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Yo doy mi autorización para que cualquier información sobre esta forma sea verificada.

 **Firma del Padre

 Fecha

 No. de Teléfono

4/2006

***Firma de la Madre*

Fecha

No. de Teléfono

*** Sólo la/s persona/s quién/es era/n legalmente responsable/s del niño al tiempo que se dio la responsabilidad de cuidado al Estado de Utah debe firmar arriba. Su cooperación es apreciada.*