

## CERTIFICATION OF INCOME AND EXPENSES

*You are being asked to complete this form because you requested assistance, and state that your entire household cannot provide proof of income. The State of California requires the applicant to report all sources of income. This form will help us understand how you are meeting expenses. Please complete the information below:*

Name and Address	
Name:	
Address:	

Section 1: Do you have sources of income you forgot to report?				
YES	NO	During the previous month have you been employed part time?		
YES	NO	During the previous month have you been self-employed?		
YES	NO	During the previous month did you receive money for any work that you perform only once in a while, like yard work, child care, donating blood, etc?		
YES	NO	During the previous month have you received any gifts of money from anyone? If yes, please list the name and phone number of the person who gave you the gift:		
YES	NO	During the previous month did you receive any of the following: (circle any that apply)		
		WORKER'S COMP	UNEMPLOYME	GOVERNMENT SPONSORED BENEFITS
YES	NO	Do you receive any of the following (circle any that apply)		
		ANNUITY	PENSION	TRIBAL CASINO PAYMENTS
				RENTAL INCOME
				INSURANCE BENEFITS

Section 2: Are you spending your savings or borrowing money to cover monthly expenses?		
YES	NO	Are you using savings or a home equity loan? How much? _____
YES	NO	Are you using some other asset? How much? _____
YES	NO	Are you borrowing from credit cards? How much? _____
YES	NO	Are you borrowing from some other source? How much? _____

Put Notary stamp below, if needed (DOE only) or  
 have Executive Director Sign here

State of California, County of SAN BENITO  
 Subscribed & sworn to (or affirmed) before me on this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ by \_\_\_\_\_  
 provided to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) who appeared before me.  
 SIGNATURE: \_\_\_\_\_

(Seal)

Section 3: Please tell us how you paid these monthly expenses during the previous months:			
EXPENSE	MONTHLY COST	HOW HAS THE EXPENSE BEEN PAID?	IF SOMEONE ELSE PAYS FOR YOU, PLEASE COMPLETE:
Rent or Mortgage	\$		Name: _____ Phone: _____ Address: _____
Utility Bills	\$		Name: _____ Phone: _____ Address: _____
Food	\$		Name: _____ Phone: _____ Address: _____

Section 4: If none of the above applies to you, please explain how your monthly expenses were paid:

Signature:		
By signing this form, I affirm that I believe these facts are accurate and true. I give the Service Provider my permission to verify this information. I may be held liable under federal or state law for knowingly making false or fraudulent statements.		
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 70%; border: none;"><b>Signature</b></td> <td style="width: 30%; border: none;"><b>Date</b></td> </tr> </table>	<b>Signature</b>	<b>Date</b>
<b>Signature</b>	<b>Date</b>	

## CERTIFICACIÓN de ingresos y gastos

Se le pide completar este formulario, ya que usted ha solicitado ayuda, y se informó que su hogar no puede dar prueba de ingresos. El Estado de California requiere que el solicitante informe de todas las fuentes de ingresos. Este formulario nos ayudará a entender cómo usted cumple con los gastos. Por favor, complete la siguiente información:

Información del solicitante	
Nombre:	
Dirección:	

Sección 1: Usted tiene fuentes de ingresos que se le olvidó informar?					
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha sido empleado a tiempo parcial?			
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha trabajado por cuenta propia?			
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha recibido dinero por cualquier trabajo que se realiza sólo de vez en cuando, como trabajaren el jardín, cuidado de niños, la donación de sangre, etc?			
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha recibido algún regalo de dinero? Si la respuesta es sí, por favor escriba el nombre y número de teléfono de la persona que le entregó el regalo:			
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda)			
		COMPENSACION DEL	DESEMPLEO	PROGRAMA DEL GOBIERNO	MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS
SÍ	NO	Ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda)			
		PAGOS DE	PENSIÓN	PAGOS TRIBALES DE	LOS INGRESOS POR BENEFICIOS DE

Sección 2: Está gastando sus ahorros o dinero prestado para cubrir sus gastos mensuales?			Put Notary stamp below, if needed (DOE only) or have Executive Director Sign here State of California, County of SAN BENITO Subscribed & sworn to (or affirmed) before me on this _____ day of _____, _____ by _____ provided to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) who appeared before me. SIGNATURE: _____  _____ (Seal)
SÍ	NO	Está utilizando ahorros o un préstamo con garantía hipotecaria? Cuánto? _____	
SÍ	NO	Está utilizando algún otro activo (dinero)? Cuánto? _____	
SÍ	NO	Está pidiendo prestado de las tarjetas de crédito? Cuánto? _____	
SÍ	NO	Está pidiendo prestado de alguna otra fuente? Cuánto? _____	

Sección 3: Por favor, díganos cómo usted pagó estos gastos mensuales durante los meses anteriores:				
GASTOS	GASTOS MENSUALES	CÓMO EL GASTO HA SIDO PAGADO?	SI ALGUIEN PAGA POR SUS GASTOS, POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:	
Alquiler o Hipoteca	\$		Nombre:	Teléfono:
			Dirección:	
Facturas de servicios públicos	\$		Nombre:	Teléfono:
			Dirección:	
Alimentos	\$		Nombre:	Teléfono:
			Dirección:	

Sección 4: Si nada de lo anterior se aplica a usted, por favor explique cómo sus gastos mensuales se pagan:

**Firma:**  
 Al firmar este formulario, yo afirmo que yo creo que estos hechos son exactos y veraces. Doy al Proveedor de Servicios mi permiso para verificar esta información y puedo ser responsable bajo la ley federal o estatal por dar declaraciones falsas o fraudulentas.