

# HOJA DE PRESUPUESTO

CSC 182-S GPC 1920 Rev. 01/06

## 1. INGRESO TOTAL PARA LA FAMILIA EL PASADO MES:

	NOMBRE	SUELDO	S.S./JUB	ASISTENCIA SOCIAL	INCAPACITACIÓN	OTRO	TOTAL	CONTRIBUCIÓN A LA FAMILIA (US\$)
A								
B								
C								
D								
E								
F								
G	Número de hijos a cargo: _____			INGRESOS TOTAL (Añadir A a F)				

## 2. GASTOS DE VIDA PARA EL MES:

	<u>ACTUAL</u>			<u>ACTUAL</u>	
	Sí	No		Sí	No
A. VIVIENDA			D. ALIMENTOS.....	US\$ _____	- -
1) ALQUILA .....	US\$ _____	- -	E. TRANSPORTE .....	US\$ _____	- -
2) PROPIETARIO .....	US\$ _____	- -	F. DIVERSIONES .....	US\$ _____	- -
B. SERVICIOS PÚBLICOS			G. VESTIMENTA/ VARIOS.....	US\$ _____	- -
1) AGUA .....	US\$ _____	- -	H. MÉDICO/ MEDICINAS.....	US\$ _____	- -
2) GAS .....	US\$ _____	- -	I. SEGURO.....	US\$ _____	- -
3) ELECTRICIDAD .....	US\$ _____	- -	J. APOYO A HIJOS.....	US\$ _____	- -
4) TELÉFONO.....	US\$ _____	- -	K. PAGOS ORDENADOS POR EL TRIBUNAL.....	US\$ _____	- -
5) OTROS .....	US\$ _____	- -	L. PAGOS MENSUALES DE CRÉDITO .....	US\$ _____	- -
C. LAVANDERÍA.....	US\$ _____	- -	(DÉ UNA LISTA AL DORSO)		

## 3. DÉ UNA LISTA DE OTROS PAGOS/GASTOS

\_\_\_\_\_ US \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ US \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ US \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ . US \_\_\_\_\_

4. EMPLEO

A.  ESTOY EMPLEADO ACTUALMENTE.

B.  SOY FÍSICA Y MENTALMENTE CAPAZ DE SER EMPLEADO Y HE HECHO UN ESFUERZO SERIO POR ENCONTRAR UN PUESTO DE TRABAJO DURANTE LOS ÚLTIMOS \_\_\_\_\_ DÍAS.

C.  NO SOY EMPLEABLE EN ESTE MOMENTO DEBIDO A \_\_\_\_\_ Y PROPORCIONARÉ AL AGENTE DE SUPERVISIÓN DEL CONDADO DE TARRANT UNA DECLARACIÓN DEL MÉDICO A TAL EFECTO.

5. COMPROMISO:

ACTUALMENTE ESTOY ATRASADO EN US\$ \_\_\_\_\_. EFECTUARÉ UN PAGO DE US\$ \_\_\_\_\_ EL DÍA \_\_\_\_\_ Y UN PAGO DE US\$ \_\_\_\_\_ CADA \_\_\_\_\_ HASTA QUE MI CUENTA QUEDE ACTUALIZADA. SI NO PUEDO CUMPLIR ESTE ACUERDO, ME PONDRÉ EN CONTACTO INMEDIATAMENTE CON MI AGENTE DE SUPERVISIÓN Y TRATARÉ CON ÉL MI INCAPACIDAD DE PAGO.

6. PRESUPUESTO PERSONAL BÁSICO: ASISTIRÉ A LA CLASE DE PRESUPUESTO PERSONAL SOBRE \_\_\_\_\_ UBICADA EN \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_. SI NO PUEDO CUMPLIR CON ESTE ACUERDO, ME PONDRÉ EN CONTACTO DE INMEDIATO CON MI AGENTE DE SUPERVISIÓN Y HABLARÉ CON ÉL SOBRE MI INCAPACIDAD DE ASISTIR. TAMBIÉN COMPRENDO QUE LA INCAPACIDAD DE ASISTIR PODRÍA AFECTAR AL ESTADO DE LIBERTAD CONDICIONAL.

PAGOS DE CRÉDITO MENSUALES

	NOMBRE	DIRECCIÓN	SALDO ADEUDADO	PAGO MENSUAL	ACTUAL	
					Sí	No
1.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
8.	_____	_____	_____	_____	_____	_____

DECLARO ADEMÁS QUE TODAS LAS PREGUNTAS SE HAN CONTESTADO DE FORMA VERÍDICA Y CORRECTA. TAMBIÉN COMPRENDO QUE CUALQUIER DECLARACIÓN FALSA PUDIERA RESULTAR EN LA CANCELACIÓN DE MI LIBERTAD CONDICIONAL.

_____	_____	_____
FECHA	PERSONA EN LIBERTAD CONDICIONAL	AGENTE DE SUPERVISIÓN