

Su nombre actual	Su número de Seguro Social
-------------------------	-----------------------------------

Nota: Si necesita más espacio para contestar cualquier pregunta a continuación, adjunte más hojas. Asegúrese de escribir su nombre y número de Seguro Social en la parte superior de todas las páginas que adjunte.

Gastos mensuales - Anote todos los gastos, incluyendo los gastos pagados con ingresos recibidos como regalos.	Cantidad
Cuidado personal y comida:	
Comida	
Suministros para la limpieza del hogar	
Ropa y servicios de lavandería	
Servicios y productos del cuidado personal	
Transporte:	
Pagos del préstamo/arrendamiento del automóvil, gasolina, seguro, registro, estacionamiento, mantenimiento, etcétera	
Transporte público	
Vivienda y servicios públicos:	
Alquiler o hipoteca	
Impuestos sobre los bienes raíces y seguro	
Servicio eléctrico, aceite, gas, agua, basura, etcétera	
Teléfono residencial y teléfono celular	
Servicio de cable e Internet	
Médicos:	
Primas de seguro de salud	
Gastos de bolsillo (gastos no cubiertos por el seguro)	
Otros:	
Cuidado de hijos menores y de dependientes	
Gastos para auxiliares de cuidado médico	
Retención de impuestos sobre los ingresos (federales, estatales y locales)	
Pagos de impuestos estimados	
Primas de seguro de vida a término	
Aportaciones a planes de jubilación (requeridos por el empleador)	
Aportaciones a planes de jubilación (aportaciones voluntarias)	
Cuotas sindicales	
Impuestos estatales y locales pendientes de pago (pago mínimo)	
Préstamos de estudios (pago mínimo)	
Pagos de deudas estipuladas por un tribunal (corte) (por ejemplo, pago de pensión para la manutención de hijos menores, pago de pensión para el cónyuge divorciado y embargos de bienes estipulados por un tribunal o agencia gubernamental). Indique cada tipo a continuación:	
Tipo _____	
Tipo _____	
Tipo _____	
Misceláneos	
Total de gastos mensuales	

Parte V Complete esta parte si usted fue (o si es en la actualidad) víctima de violencia doméstica o de abuso.

El proveer esta información no es obligatorio. Vea la Publicación 971, en inglés, para asistencia adicional. Si usted está preocupado por su seguridad, por favor considere comunicarse con la Línea Directa Nacional contra la Violencia Doméstica, al 1-800-799-7233 (1-800-799-SAFE) o al 1-800-787-3224, si es usuario de equipo TTY. Este servicio está disponible las 24 horas del día, y es confidencial. Las personas sordas que deseen llamar, pueden hacerlo a través de videófono, llamando al 1-855-812-1001.

23a ¿Fue usted o algún miembro de su familia víctima de abuso o violencia doméstica por la persona en la línea 6? (Abuso incluye abuso físico, psicológico, sexual, emocional o financiero, y puede incluir el que el abusador le haga temer el diferir con él o ella o que le cause temer por su seguridad).

Sí. Complete las preguntas a continuación. Pondremos un código en la cuenta que le abrimos a usted por separado. Esto nos permite darle una respuesta adecuada y ser sensible con su situación.

Nota: Eliminaremos el código de su cuenta por separado si usted lo solicita. Si no desea que pongamos el código en su cuenta, marque aquí.

No. Si contestó "No", pase a la Parte VI.