

**DALLAS COUNTY JUVENILE DEPARTMENT FINANCIAL STATEMENT  
CASE IDENTIFICATION INFORMATION**

**DEPARTAMENTO JUVENIL DEL CONDADO DE DALLAS - DECLARACIÓN FINANCIERA, INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO**

Child's Name: \_\_\_\_\_ JD Number: \_\_\_\_\_  
*Nombre del niño/a: Número del JD*  
 Child's S.S. Number: \_\_\_\_\_ PID Number: \_\_\_\_\_ Sex: M \_\_\_ F \_\_\_ Race: \_\_\_\_\_  
*Seguro Social del niño/a # de PID Sexo Raza*  
 DOB Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ City & State of Birth Ciudad y Estado de nacimiento: \_\_\_\_\_

Native or Naturalized US Citizen:  Y Sí  N No (If a permanent resident, attach copy of INS Form I-551 (greencard))  
*Nacido en EU o ciudadano naturalizado: (Si residente permanente, incluya copia de la forma INS Form I-551 (tarjeta verde))*

Child lives with: \_\_\_\_\_ Relationship to Child: \_\_\_\_\_  
*Niño/a vive con Relación al niño/a*  
 Date of Removal from home: \_\_\_\_\_ Date Detained: \_\_\_\_\_  
*Fecha en que se removió del hogar: Fecha detenido/a*

**LIST PARENT INFORMATION, EVEN IF CHILD DOES NOT LIVE WITH PARENTS.**  
*INCLUYA INFORMACIÓN DE LOS PADRES, AUN SI EL NIÑO/A NO VIVE CON ELLOS.*

MOTHER'S NAME/NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_ Phone Teléfono: \_\_\_\_\_

Address Dirección: \_\_\_\_\_

S.S.# Seguro Social \_\_\_\_\_ DOB Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Gross Monthly Income: \$ \_\_\_\_\_ How often paid? \_\_\_\_\_ Net Monthly Income (after taxes) \$ \_\_\_\_\_  
*Ingreso bruto mensual ¿Frecuencia de cobro? Ingreso neto mensual (menos impuestos)*

**\*DO NOT PUT AN HOURLY WAGE WITHOUT THE NUMBER OF HOURS WORKED PER WEEK INCLUDED\***  
*\*FAVOR DE INDICAR EL NÚMERO DE HORAS TRABAJADAS FOR SEMANA SI SU SALARIO ES POR HORA.\**

FATHER'S NAME/ NOMBRE DEL PADRE: \_\_\_\_\_ Phone Teléfono: \_\_\_\_\_

Address Dirección: \_\_\_\_\_

S.S.# Seguro Social \_\_\_\_\_ DOB Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Gross Monthly Income: \$ \_\_\_\_\_ How often paid? \_\_\_\_\_ Net Monthly Income (after taxes) \$ \_\_\_\_\_  
*Ingreso bruto mensual ¿Frecuencia de cobro? Ingreso neto mensual (menos impuestos)*

**\*DO NOT PUT AN HOURLY WAGE WITHOUT THE NUMBER OF HOURS WORKED PER WEEK INCLUDED\***  
*\*FAVOR DE INDICAR EL NÚMERO DE HORAS TRABAJADAS FOR SEMANA SI SU SALARIO ES POR HORA.\**

Was Biological/legal mother living in home at time of removal?  Y Sí  N Is mother disabled?  Y Sí  N  
*¿Vivía la madre/biológica/legal en el hogar cuando se removió al niño/a? ¿Tiene la madre impedimentos físicos?*

Was Biological/legal father living in home at time of removal?  Y Sí  N Is father disabled?  Y Sí  N  
*¿Vivía el padre/biológico/legal en el hogar cuando se removió al niño/a? ¿Tiene el padre impedimentos físicos?*

Was the child in the home of a parent or specified relative within six months prior to probation intake?  Y Sí  N  
*¿Estaba el niño/a en el hogar del padre/madre o familiar designado en los seis meses previos a admisión a probatoria?*

**GUARDIAN/CUSTODIAN INFORMATION (if child does not live with parents)**  
*INFORMACIÓN DEL GUARDIÁN O PERSONA CON CUSTODIA (si el niño/a no vive con los padres)*

Guardian/Custodian's Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
*Nombre de guardián/persona con custodia Teléfono*

Address Dirección: \_\_\_\_\_

Relationship to Child: \_\_\_\_\_ S.S.# DOB: \_\_\_\_\_  
*Relación al niño/a # de Seguro Social Fecha de Nacimiento*

Place of Employment Trabajo: \_\_\_\_\_ Phone Teléfono: \_\_\_\_\_

Address Dirección: \_\_\_\_\_

Gross Monthly Income: \$ \_\_\_\_\_ How often paid? \_\_\_\_\_ Net Monthly Income (after taxes) \$ \_\_\_\_\_  
*Ingreso bruto mensual ¿Frecuencia de cobro? Ingreso neto mensual (menos impuestos)*

**GUARDIAN/CUSTODIAN SPOUSE INCOME** *Nombre de esposo/esposa del guardián/persona con custodia*

Spouse Name: \_\_\_\_\_ Relationship to Child: \_\_\_\_\_  
*Nombre de esposo/esposa del guardián/persona con custodia Relación al niño/a*

Place of Employment: \_\_\_\_\_ SS#: DOB: \_\_\_\_\_  
*Trabajo # de Seguro Social Fecha de nacimiento*

Employer's Address Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_ Phone Teléfono: \_\_\_\_\_

Gross Monthly Income: \$ \_\_\_\_\_ How often paid? \_\_\_\_\_ Net Monthly Income (after taxes) \$ \_\_\_\_\_  
*Ingreso bruto mensual ¿Frecuencia de cobro? Ingreso neto mensual (menos impuestos)*

**\*DO NOT PUT AN HOURLY WAGE WITHOUT THE NUMBER OF HOURS WORKED PER WEEK INCLUDED\***  
*\*FAVOR DE INDICAR EL NÚMERO DE HORAS TRABAJADAS FOR SEMANA SI SU SALARIO ES POR HORA.\**

**OTHER HOUSEHOLD MEMBERS** *OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA*

<u>NAME</u> <i>NOMBRE</i>	<u>AGE</u> <i>EDAD</i>	<u>RELATIONSHIP TO CHILD</u> <i>(step, 1/2, cousin, aunt, etc)</i> <i>RELACIÓN AL NIÑO/a</i> <i>(hermanastro/a, 1/2, primo/a, tía, etc.)</i>	<u>INCOME/MONTH</u> <i>INGRESO MENSUAL</i>	<u>INCOME SOURCE</u> <i>TIPO DE INGRESO</i>
_____	_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	_____	\$ _____	_____

**OTHER BENEFITS (If applicable, list recipient name) OTROS BENEFICIOS (Si se aplica, indique el nombre del recipiente)**

Do the family and child have equity in property and/or resources (i.e., savings) in excess of \$10,000?  Y Sí  N  
¿Tienen la familia y el niño/a propiedad de bienes raíces y/o recursos (por ejemplo, ahorros) en exceso de \$10,000?

Does child/family have income? (i.e., child support, retirement, SSI, AFDC, RSDI)?  Y Sí  N  
¿Tienen la familia y el niño/a algún ingreso (por ejemplo, manutención de menores, retiro, SSI, AFDC, RSDI)?

If Yes, source of income? List type and amounts. ¿Si lo tiene, qué tipo de ingreso? Enumeree el tipo y cantidad/es.

**MEDICAL COVERAGE FOR CHILD SEGURO MÉDICO PARA EL NIÑO/a**

Name of Insurance Company: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
Compañía de seguro Teléfono

Policy Holder's Name: \_\_\_\_\_ Policy Holder's S.S.#: \_\_\_\_\_  
Nombre del asegurado # Seguro Social

Relationship to Child: \_\_\_\_\_ Policy Holder's Employer: \_\_\_\_\_  
Relación al niño/a Trabajo del asegurado

Policy #: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_ Precertification Required: Y/ Sí \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_  
Póliza # Grupo # ¿Requiere pre-certificación?:

Does the policy cover psychiatric or psychological services?  Y Sí  N \_\_\_\_\_ PROVIDE COPY OF INSURANCE CARD  
¿La póliza de seguro cubre servicios psicológicos o psiquiátricos? PROVEA COPIA DE LA TARJETA DE SEGURO

**MEDICAID COVERAGE FOR CHILD PROTECCIÓN DE MEDICAID PARA EL NIÑO/A**

Medicaid Recipient #: \_\_\_\_\_ Effective Date: \_\_\_\_\_ Copy of Medicaid Card Attached: Y \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_  
# de recipiente de Medicaid Fecha de efectivo ¿Incluyó copia de tarjeta de Medicaid?: Sí

**ASSETS CAPITAL**

Checking Account Balance and Cash on Hand: \$ \_\_\_\_\_  
Balance de la cuenta de cheques y dinero en efectivo

Savings Account and Credit Union Balances: \$ \_\_\_\_\_  
Balance de cuenta de ahorros y de la unión de crédito

Value of Automobiles: \$ \_\_\_\_\_  
Valor del automóvil(es)

Net Value (real property): \$ \_\_\_\_\_  
Valor neto de bienes raíces:

Stocks, Bonds, CD's: \$ \_\_\_\_\_  
Acciones, bonos, certificados de depósitos:

Net Value of home: \$ \_\_\_\_\_  
Valor neto de la residencia

Other: \$ \_\_\_\_\_  
Otro

Explanation: \_\_\_\_\_  
Explicación

Any Assets in Child's Name? Y \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_  
¿Algún capital a nombre del niño/a?  Sí  No

If Yes, Please List: \_\_\_\_\_  
Si hay, liste

**EXPENSES GASTOS**

Mortgage/Rent Hipoteca/alquiler: \$ \_\_\_\_\_ /mo mes

Medical Insurance: Seguro médico \$ \_\_\_\_\_ /mo mes.

Major Medical or Health Related: Gastos médicos o de salud \_\_\_\_\_ /mo. Mes

Major Casualty Accidente o gasto mayor: \$ \_\_\_\_\_ /mo. Mes

Child Care Expenses: Cuidado de niños \$ \_\_\_\_\_ /mo./Mes

Child Support: Sustento de niños \$ \_\_\_\_\_ /mo. Mes

Food Comida: \$ \_\_\_\_\_ /mo/Mes

Utilities: \$ \_\_\_\_\_ /mo./Mes  
Servicio de agua, luz, gas, etc.

Car Automóvil: \$ \_\_\_\_\_ /mo. Mes

Other Expenses Otros gastos: \$ \_\_\_\_\_ /mo. ./Mes

Explanation \_\_\_\_\_  
Explicación

**OTHER CONSIDERATIONS OTRAS CONSIDERACIONES**

I CERTIFY THAT THE ABOVE STATEMENTS AS LISTED ARE TRUE AND CORRECT AND I HAVE PERSONAL KNOWLEDGE OF THE FACTS STATED HEREIN.

CERTIFICO QUE LAS DECLARACIONES HECHAS ARRIBA SON CIERTAS Y CORRECTAS Y QUE TENGO CONOCIMIENTO PERSONAL DE LOS DATOS ARRIBA DECLARADOS.

PRINTED NAME NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

SIGNATURE FIRMA

DATE FECHA

WORKER COMPLETING FORM EMPLEADO

DATE FECHA