# Hoja de Prosupuesto Mensual

**Nombre de Solicitante:** _____

**Numero de Adultos en el Hogar:** _____
**Número de Niños en el hogar con edades:**
_____

**INSTRUCCIONES:**
Proporcione todo los detalles como sea posible. Para los gastos que no ocurren mensualmente, calcule lo que gasta anualmente y divida por 12.

| | Cantidad Mensual |
|---|---|
| **Pago Neto (pago después de deducciones)** | |
| Empleador: | |
| Empleador: | |
| **Otros Ingresos del Hogar** | |
| Ingresos recibido por otros adultos | |
| Manutención de Hijos | |
| Pensión Alimenticia / Mantenimiento | |
| **Ingresos del Gobierno (Ayuda Govermental)** | |
| SNAP | |
| Seguro Social | |
| Desability (Descapacidad) | |
| Beneficios para Veteranos | |
| TANF | |
| Desempleo | |
| Subsidio de Vivienda | |
| WIC | |
| **INGRESO MENSUAL TOTAL** | |
| | |

| **GASTOS MENSUALES** | |
|---|---|
| **Gastos de Casá** | |
| Renta o Pago de Hipoteca | |
| Electricidad | |
| Agua | |
| Cable / Internet / Teléfono de casa | |
| Teléfono celular | |
| Mercado de comida | |
| Comida Fuera de Casa | |
| Lavandería | |
| Artículos de aseo | |
| Pañales / Toallitas de bebé | |
| Otro: | |
| Otro: | |
| Otro: | |

| **GASTOS MENSUALES (cont.)** | **Cantidad Mensual** |
|---|---|
| **Transporte** | |
| Pago de Préstamo de Automóvil | |
| Seguro de Automóvil | |
| Gasolina | |
| Bus/Tren/Taxi | |
| Mantenimiento del Auto | |
| **Pagos de Deudas** | |
| Pagos a Tarjetas de Crédito (total mensual) | |
| Pagos para Préstamos Educativos | |
| Otra Deuda | |
| Reembolso de Préstamos Personales | |
| **Gastos de Salud** | |
| Gastos médicos NO cubiertos por el seguro | |
| Gastos Dentales NO cubiertos por el seguro | |
| Medicina | |
| Cuidado de la vista (anteojos, lentes de contacto) | |
| Gimnasio | |
| Otro: | |
| **Cuidado de Niños** | |
| Manutención de Hijos | |
| Pago de Pensión alimenticia / mantenimiento | |
| **Misceláneo** | |
| Dinero Enviado a Familiares / Amigos | |
| Ropa / Zapatos | |
| Donaciones Religiosas (Diezmo) | |
| Matrícula | |
| Cuidado de Mascotas | |
| Cortes de Cabello / Peinado/ Tinte | |
| Regalos | |
| Vacaciones | |
| Comida Fuera de Casa (Resturantes) | |
| Entretenimiento ( Peliculas, Applicaciones,etc) | |
| Boletos de lotería | |
| Otro: | |
| **GASTOS MENSUALES TOTALES** | |

| **Tarjetas de Credit*** |
|---|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

* Nombre Solamente.

**DEUDA TOTAL DE TARJETAS DE CREDITO:**

**RESTANTE (Ingresos menos gastos):**