

NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (últimos 4 dígitos)
-----------------------------------	---

FORMULARIO 5. VERIFICACIÓN DE ACTIVOS

<p>El propósito de este formulario es el de brindar la verificación realizada por terceros de los activos de cada miembro del grupo familiar. Los activos son artículos de valor, que pueden convertirse en dinero y pueden incluir cuentas de ahorro, cuentas corrientes, cuentas IRA, certificados de depósito (CD) y acciones/bonos. Cada miembro del grupo familiar debe solicitar a su institución financiera que complete este formulario o proveer otros comprobantes de activos, tales como resúmenes de cuenta bancarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el titular de un activo tiene activos no verificados de más de una institución financiera, debe usarse un formulario separado para cada institución financiera. • Si los activos reportados en este formulario son activos conjuntos, puede presentarse un formulario. <p>SECCIÓN A: A SER COMPLETADA POR EL JEFE DE FAMILIA Y DEVUELTA, SI NINGÚN MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR TIENE ACTIVOS</p> <p>SECCIÓN B: A SER COMPLETADA, TIMBRADA Y FIRMADA POR LA INSTITUCIÓN FINANCIERA, PARA CADA MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR CON ACTIVOS</p>	<p>¿Ha completado usted este formulario?</p>
	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No aplicable (Complete la Sección A) <input type="checkbox"/></p>

SECCIÓN A (A ser completada y devuelta por el jefe de familia, si corresponde).
 Certifico que nadie de mi grupo familiar tiene una cuenta de ahorros, cuenta corriente, IRA, CD o bonos/acciones.

Firma (Jefe de familia): _____ Fecha: _____

SECCIÓN B (A ser completada por la institución financiera, para cada miembro del grupo familiar con activos)

Nombre del titular del activo _____ Número de SS: _____

Tipo de activo (cuenta de ahorros, corriente o cuenta de retiro, acciones, CD, etc.)	Número de cuenta	Saldo actual	Tarifas o penalidades por retiro prematuro (si los hubiera)	Tasa de interés actual/ Número de acciones	¿Es éste un activo/cuenta conjunto?	
					Sí/No	Nombre del titular del activo conjunto

Institución financiera: _____ Domicilio _____

Representante: _____ Cargo: _____ Teléfono: _____

EL SELLO/TIMBRE DE LA EMPRESA ES OBLIGATORIO

Certifico que la información anterior es cierta y correcta, al _____ (fecha). Entiendo que el hecho de brindar falsas declaraciones a una agencia del gobierno es pasible de sanción, en virtud de la ley federal.

_____ **FIRMA DEL FUNCIONARIO** _____ **FECHA** _____