

Family Name:

Date:

Family Name				Date:		
Budget Income Control Sheet						
	Presupues	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Total
INGRESO (NETO)						
INGRESOS DEL CÓNYUGE						
TOTAL						
GASTOS MENSUALES						
Renta o Pago de Casa						
Seguro de Rentero/Propietario						
Pago de Carro # 1						
Pago de Carro # 2						
Cuidado de Niño						
Sostén para Niño						
Ahorros						
GASTOS FLEXIBLES						
Alimentos						
Comidas Fuera de Casa						
Almuerzos Escolares						
Provisiones para Limpieza de Casa						
Cuidado Personal						
Pañales/Formula/Provisiones para Bebe						
Electricidad						
Aceite/Gas - para la casa						
Agua/Drenaje/Basura						
Teléfono/Teléfono Móvil/Beeper						
Cable TV/Satélite						
Gasolina-para el Vehículo						
Ropa para la Familia						
Escuela - Mensualidad/Provisiones						
Subsidios						
Peluquería/Salón de Belleza						
Libros/Periódico/Revistas						
Películas/Deportes/Entretenimiento						
Regalos/Festejos/Días Festivos						
Cigarros/Tabaco/Alcohol						
Pasa tiempos/Mensualidad del Club						
Gastos Médicos						
Dental/Óptica						
Drogas/Medicamento						
Iglesia/Caridades						
Cobro de Servicio del Banco						
Cuidado de Mascota						
Mantenimiento de Casa						
Servicios En Línea						
Vacaciones/Viajes						
GASTOS PERIÓDICAMENTE						
Impuestos de Propiedad						
Seguro de Vida/Seguro de Salud						
Seguro para el Auto						
Mantenimiento de Carro/Aceite/Lubricación/Llantas						

Family Name:

Date:

TOTALES						
White Copy-File		Yellow Copy-For Review			Pink Copy-Parent	