



DEMANDANTE: DEMANDADO: <b>Solo para información</b> OTRA PARTE/OTRO PADRE/OTRO RECLAMANTE:	NÚMERO DEL CASO:  <b>No entregue a la corte</b>
--	---

Adjunte copias de sus talones de sueldo de los últimos dos meses y prueba de cualquier otro ingreso. Lleve una copia de su última declaración de impuestos federales a la audiencia de corte (*Tache el número de seguro social de los talones de sueldo y la declaración de impuestos*).

5. **Ingresos** (Para calcular el promedio mensual, sume todos los ingresos que recibió en cada categoría durante los últimos 12 meses y divida el total por 12).

	Mes pasado	Promedio mensual
a. Salario o sueldo (bruto, antes de descontar impuestos).....	\$ _____	\$ _____
b. Pagos por horas extra (bruto, antes de descontar impuestos).....	\$ _____	\$ _____
c. Comisiones o bonificaciones.....	\$ _____	\$ _____
d. Beneficios públicos (por ejemplo: TANF, SSI, GA/GR) <input type="checkbox"/> que recibe actualmente.....	\$ _____	\$ _____
e. Manutención del cónyuge <input type="checkbox"/> de este matrimonio <input type="checkbox"/> de otro matrimonio <input type="checkbox"/> tributable a nivel federal*.	\$ _____	\$ _____
f. Manutención de la pareja de hecho <input type="checkbox"/> de esta pareja de hecho <input type="checkbox"/> de otra pareja de hecho.....	\$ _____	\$ _____
g. Pagos de pensión/fondo de jubilación.....	\$ _____	\$ _____
h. Pagos del seguro social por jubilación (no SSI).....	\$ _____	\$ _____
i. Discapacidad: <input type="checkbox"/> Seguro Social (no SSI) <input type="checkbox"/> Discapacidad estatal (SDI) <input type="checkbox"/> Seguro privado.....	\$ _____	\$ _____
j. Compensación por desempleo.....	\$ _____	\$ _____
k. Compensación al trabajador.....	\$ _____	\$ _____
l. Otro (asignaciones militares, pago de regalías) ( <i>especifique</i> ):	\$ _____	\$ _____

6. **Ingresos de inversiones** (Para cada bien, adjunte una lista que indique la entrada bruta menos los gastos en efectivo).

a. Dividendos/intereses.....	\$ _____	\$ _____
b. Ingresos por vivienda alquilada.....	\$ _____	\$ _____
c. Ingresos de fideicomiso.....	\$ _____	\$ _____
d. Otro ( <i>especifique</i> ).....	\$ _____	\$ _____

7. **Ingresos de trabajo por cuenta propia, después de deducir gastos de negocio para todos los negocios**.....

	\$ _____	\$ _____
--	----------	----------

Soy  dueño/propietario único  socio  otro

Número de años en este negocio (*especifique*):

Nombre del negocio (*especifique*):

Tipo de negocio (*especifique*):

Adjunte una declaración de ganancias y pérdidas para los últimos dos años o el Anexo C de su última declaración de impuestos federales. Tache su número de seguro social. Si tiene más de un negocio, proporcione la misma información para todos sus negocios.

8.  **Ingresos adicionales.** Recibí dinero una sola vez (ganancias de lotería, herencia, etc.) en los últimos 12 meses (*especifique la fuente y el monto*):

9.  **Cambio de ingresos.** Mi situación financiera cambió significativamente en los últimos 12 meses porque (*especifique*):

10. **Deducciones**

	Mes pasado	
a. Cuotas sindicales obligatorias.....	\$ _____	
b. Pagos de jubilación obligatorios (no del seguro social, FICA, 401(K), o IRA).....	\$ _____	
c. Pagos de primas de seguro médico, hospitalario, dental y otras primas de seguro de salud (monto total mensual)..	\$ _____	
d. Manutención de los hijos que pago por niños de otras relaciones.....	\$ _____	
e. Manutención del cónyuge que pago por orden de la corte por otro matrimonio <input type="checkbox"/> deducible del impuesto federal*	\$ _____	
f. Manutención de la pareja de hecho que pago por orden de la corte por otra pareja de hecho.....	\$ _____	
g. Gastos necesarios relacionados al trabajo no reembolsados por mi empleador ( <i>adjunte explicación titulada "Question 10g" (Pregunta 10g)</i> ).....	\$ _____	
	Total	

11. **Bienes**

a. Dinero en efectivo y en cuentas corrientes, de ahorros, cooperativas de ahorro y crédito, mercado de dinero y otras cuentas de depósito.....	\$ _____	
b. Acciones, bonos y otros bienes que puedo vender fácilmente.....	\$ _____	
c. Todos los demás bienes <input type="checkbox"/> reales y <input type="checkbox"/> personales ( <i>estime el valor justo de mercado menos las deudas que debe</i> ).....	\$ _____	

\* Marque la casilla si la orden o fallo de manutención del cónyuge fue firmado por las partes y la corte antes del 1 de enero de 2019 o si un cambio ordenado por la corte mantiene los pagos de manutención del cónyuge como ingreso tributable para el beneficiario y deducible de impuestos para el pagador.

DEMANDANTE: DEMANDADO: <b>Solo para información</b> OTRA PARTE/OTRO PADRE/OTRO RECLAMANTE:	NÚMERO DEL CASO:  <b>No entregue a la corte</b>
--	---

**12. Las siguientes personas viven conmigo:**

Nombre	Edad	Relación (ej.: hijo)	Ingreso bruto mensual de esa persona	¿Paga algunos de los gastos del hogar?
a.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
d.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
e.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**13. Gastos mensuales promedio**  Estimación de gastos  Gastos reales  Necesidades propuestas

- |  |   |
|--|---|
| a. Vivienda:<br>(1) <input type="checkbox"/> Renta o <input type="checkbox"/> hipoteca..... \$ _____<br>Si hipoteca:<br>(a) Capital promedio: \$ _____<br>(b) Interés promedio: \$ _____<br>(2) Impuestos sobre bienes inmuebles..... \$ _____<br>(3) Seguro de propietario o inquilino (si no se incluye arriba)..... \$ _____<br>(4) Mantenimiento y reparación..... \$ _____<br>b. Gastos médicos no pagados por el seguro..... \$ _____<br>c. Cuidado de los niños..... \$ _____<br>d. Comida y provisiones para el hogar..... \$ _____<br>e. Comida fuera de casa..... \$ _____<br>f. Servicios públicos (gas, luz, agua, basura)..... \$ _____<br>g. Teléfono, teléfono celular, y email..... \$ _____ | h. Lavandería y limpieza..... \$ _____<br>i. Ropa..... \$ _____<br>j. Educación..... \$ _____<br>k. Entretenimiento, regalos, y vacaciones... \$ _____<br>l. Gastos de automóvil y transporte (seguro, gasolina, reparaciones, autobús, etc.)..... \$ _____<br>m. Seguros (de vida, accidente, etc.; no incluya seguro de automóvil, del hogar o de salud)..... \$ _____<br>n. Ahorros e inversiones..... \$ _____<br>o. Contribuciones caritativas..... \$ _____<br>p. Pagos a plazos que figuran en el punto 14 (detalle abajo en el punto 14 y ponga el total aquí)..... \$ _____<br>q. Otro (especifique)..... \$ _____<br><b>r. GASTOS TOTALES (a-q) (No incluya en su suma los montos en a(1)(a) y (b))</b> \$ _____<br>s. <b>Monto de gastos pagado por otros</b> \$ _____ |
|--|---|

**14. Pagos a plazos y deudas no incluidos arriba**

Pagado a	Para	Monto	Saldo	Fecha del último pago
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

**15. Honorarios de abogado** (Se requiere esta información si alguna de las partes pide el pago de los honorarios de abogado):

- a. Hasta la fecha le he pagado a mi abogado este monto por honorarios y gastos (especifique): \$
- b. La fuente de este dinero fue (especifique):
- c. Hasta la fecha todavía le debo los siguientes honorarios y gastos a mi abogado (especifique el total debido): \$
- d. Por cada hora mi abogado me cobra (especifique):

Yo confirmo este acuerdo de honorarios.

Fecha:



**Solo para información**

(NOMBRE DEL ABOGADO A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE)

(FIRMA DEL ABOGADO)

DEMANDANTE: DEMANDADO: <b>Solo para información</b> OTRA PARTE/OTRO PADRE/OTRO RECLAMANTE:	NÚMERO DEL CASO: <b>No entregue a la corte</b>
--	---

**INFORMACIÓN SOBRE LA MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS**  
**(NOTA: llene esta página solo si su caso incluye la manutención de los hijos).**

**16. Número de hijos**

- a. Tengo (especifique número):            niño(s) menor(es) de 18 años con el otro padre en este caso.
- b. Los hijos pasan el            por ciento del tiempo conmigo y el            por ciento del tiempo con el otro padre.  
 (Si no está seguro del porcentaje, o no hay acuerdo entre los padres, describa su horario de crianza aquí).

**17. Gastos de atención de salud de los hijos**

- a.  Tengo     No tengo    seguro de salud para los hijos disponible por medio de mi trabajo.
- b. Nombre de la compañía de seguros:
- c. Dirección de la compañía de seguros:
- d. El costo mensual del seguro de salud **de los hijos** es o sería (especifique): \$  
 (No incluya el monto pagado por su empleador).

**18. Gastos adicionales para los hijos en este caso**

	Monto por mes
a. Cuidado de los niños para poder ir yo a trabajar u obtener capacitación laboral.....	\$ _____
b. Gastos de atención médica de los hijos no cubiertos por el seguro.....	\$ _____
c. Gastos de transporte para visitas.....	\$ _____
d. Gastos educativos de los hijos o por sus necesidades especiales (especifique a continuación)...	\$ _____

**19. Dificultados especiales.** Le pido a la corte que considere las siguientes circunstancias financieras especiales (adjunte documentación para todo lo que ponga aquí, incluyendo órdenes de la corte):

	Monto por mes	¿Por cuántos meses?
a. Gastos extraordinarios de salud no incluidos en el punto 18b.....	\$ _____	_____
b. Pérdidas catastróficas no cubiertas por el seguro (ejemplos: incendio, hurto, otra pérdida asegurada).....	\$ _____	_____
c. (1) Gastos de mis hijos menores de edad de otras relaciones que viven conmigo.....	\$ _____	_____
(2) Nombres y edades de estos hijos (especifique):		
(3) Manutención que recibo por estos hijos.....	\$ _____	

Los gastos indicados en a, b y c crean una dificultad financiera extrema porque (explique):

**20. Otra información que quiero que sepa la corte sobre la manutención en mi caso (especifique):**