

ABOGADO O PARTE SIN ABOGADO (<i>Nombre y Dirección postal</i>): NO. DE TELÉFONO: DIRECCIÓN ELETRÓNICA (<i>Opcional</i>): ABOGADO DE PARTE DE (<i>Nombre</i>):	SOLAMENTE PARA USO DE LA CCRTÉ Sólo para información No entregue a la corte
CORTE SUPERIOR DE CALIFORNIA, CONDADO DE DIRECCIÓN (CALLE): DIRECCIÓN (POSTAL): CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL: NOMBRE DE DIVISION:	
SOLICITANTE/DEMANDANTE: DEMANDADO: Sólo para información OTRO PADRE:	
DECLARACIÓN SOBRE INGRESOS Y GASTOS	NÚMERO DE CASO: No entregue a la corte

1. Empleo (*Complete la información abajo sobre su trabajo actual, o si usted está desempleado, su trabajo más reciente.*)

Adjunte una copia de los talones de su sueldo en los últimos dos meses (borre los números de seguro social).

- a. Nombre del empleador:
- b. Dirección del empleador:
- c. Número de teléfono del empleador:
- d. Su ocupación:
- e. Fecha del comienzo de trabajo:
- f. Si está desempleado, fecha que dejó de trabajar:
- g. Trabajo _____ horas por semana.
- h. Me pagan \$ por mes por semana por hora (cantidad en bruto antes de las deducciones de impuestos.)

Si tiene más de un empleador, añada una hoja de papel de 8 ½ por 11 pulgadas y escriba la información de arriba para cada empleador. Escriba "Pregunta 1—Otros Empleadores" en la parte de arriba de la hoja.)

2. Edad y Educación

- a. Mi edad es (*especifique*):
- b. He terminado la escuela secundaria o el equivalente: Si No Si no, el grado más alto terminado (*especifique*):
- c. El número de años de colegio/universidad terminados (*especifique*): Certificado/Licencia (*especifique*):
- d. El número de años de la escuela de post-graduado (*especifique*): Certificado/Licencia (*especifique*):
- e. Tengo lo siguiente: Licencia profesional/ocupacional (*especifique*):
 Entrenamiento vocacional (*especifique*):

3. Información de Impuestos

- a. Hice mi última declaración de impuestos en (*especifique año*):
- b. El estado legal que declaro en mis impuestos persona soltera cabeza de familia
 casado/a declarándome separado/a de mi esposa/a casado/a declarando junto a mi esposa/a (*especifique nombre*):
- c. Hago mi declaración de impuestos estatales en California Otro (*especifique*):
- d. Reclamo el siguiente número de exenciones (incluyendo mi mismo/a) en los impuestos (*especifique*):

- 4. **Ingreso de la Otra Parte.** Estimo que el ingreso mensual (antes de las deducciones por impuestos) de la otra parte en este caso es: \$
 Esta estimación se basa en (*explique*):

(Si usted necesita más espacio para contestar a cualquier pregunta sobre este formulario, adjunte una hoja de papel de 8 ½ por 11 pulgadas y escriba el número de la pregunta antes de su contestación.)

5. Número de páginas adjuntas: _____

Declaro bajo pena del perjurio bajo las leyes del Estado de California que la información que aparece en todas las páginas de este formulario y páginas adjuntas es verdadera y correcta.

Fecha: _____

► **Sólo para información**

(NOMBRE ESCRITO A MÁQUINA O LETRA DE MOLDE)

(FIRMA DEL DECLARANTE)

SOLICITANTE/DEMANDANTE: DEMANDADO: OTRO PADRE:	NÚMERO DE CASO: No entregue a la corte
--	--

Sólo para información

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

5. **Ingreso** (enumere todas los tipos de ingresos que usted recibió durante los 12 meses pasados. Para calcular el promedio mensual, divida el total anual por 12)

	Mes pasado	Promedio mensual
a. Salario o sueldo (sueldo bruto total, antes de deducciones de impuestos)	\$ _____	_____
b. Sobresueldos/Pago de horas extras (bruto total, antes de rebajo de impuestos)	\$ _____	_____
c. Comisiones o bonos	\$ _____	_____
d. Asistencia pública (por ejemplo: TANF, SSI, GA/GR) <input type="checkbox"/> recibiendo actualmente	\$ _____	_____
e. Manutención de cónyuge <input type="checkbox"/> de este matrimonio <input type="checkbox"/> de otro matrimonio	\$ _____	_____
f. Manutención de pareja de hecho <input type="checkbox"/> de esta pareja de hecho <input type="checkbox"/> de otra pareja de hecho	\$ _____	_____
g. Fondos de Pensión/Jubilación	\$ _____	_____
h. Pagos de jubilación por medio del seguro social (no SSI)	\$ _____	_____
i. Incapacidad: <input type="checkbox"/> seguro social (no SSI) <input type="checkbox"/> incapacidad del Estado (SDI) <input type="checkbox"/> seguro privado	\$ _____	_____
j. Beneficios de desempleo	\$ _____	_____
k. Compensación de trabajadores	\$ _____	_____
l. Otro (pagos por medio del servicio militar por el alojamiento (BAQ), regalías, etc.) (especifique):	\$ _____	_____

6. **Ingreso de Inversiones** (Prepare y adjunte una lista que muestra la cantidad bruta recibida menos gastos an efectivo por cada propiedad.)

a. Dividendos/Intereses	\$ _____	_____
b. Renta de propiedades alquiladas	\$ _____	_____
c. Ingreso de fideicomiso	\$ _____	_____
d. Otro (especifique):	\$ _____	_____

7. **Mis ingresos de trabajar por cuenta propia después de deducir los gastos de negocio:**

Soy el dueño/proprietario único socio otro (especifique):

Número de años en este negocio (especifique):

Nombre de negocio (especifique):

Tipo de negocio (especifique):

Adjunte una declaración de beneficio y de pérdida para los dos años pasados o la declaración "C" de su 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. **Ingreso Adicional.** He recibido dinero de una vez (ganancias de lotería, herencia, etc.) en los últimos 12 meses (especifique el origen y la cantidad):

9. **Cambio de Ingreso.** Han ocurrido cambios significativos en mi situación financiera en los últimos 12 meses debido a (especifique):

10. **Deducciones**

	Mes pasado
a. Cuotas sindicales obligatorias	\$ _____
b. Contribuciones obligatorias al fondo de pensiones y jubilación (no incluya seguro social, FICA, 401 K, IRA)	\$ _____
c. Contribuciones para seguro médico, dental, hospital, y cualquier otra de salud (cantidad total mensual)	\$ _____
d. Manutención de niños que yo pago por niños de otra relación	\$ _____
e. Manutención de cónyuge pagado por orden de la corte por otro matrimonio	\$ _____
f. Manutención de pareja de hecho pagada por orden de la corte por otra relacion de pareja de hecho	\$ _____
g. Gastos necesarios relacionados al trabajo no reembolsados por mi empleador (adjunte explicación titulada Pregunta 10g.)	\$ _____

11. **Bienes/Recursos**

	Total
a. Dinero en efectivo y cuentas de cheques, ahorros y otras cuentas de deposito	\$ _____
b. Acciones, bonos, y otros bienes que se puede vender fácilmente	\$ _____
c. Cualquier otra propiedad <input type="checkbox"/> bienes raices <input type="checkbox"/> personal (Estime el valor comercial justo menos los préstamos y deudas que usted debe)	\$ _____

SOLICITANTE/DEMANDANTE: DEMANDADO: OTRO PADRE:	NÚMERO DE CASO: No entregue a la corte
--	--

12. Las personas siguientes viven conmigo:

Nombre	Edad	Cómo está relacionado/a con Usted? (e.j. hijo)	Ingreso, mensual (En bruto)	Paga algunos 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. Promedio de gastos mensuales Estimación de gastos Gastos actuales Gastos propuestos

- | | |
|---|--|
| a. Mi casa:
(1) <input type="checkbox"/> Renta o <input type="checkbox"/> hipoteca . . . \$ _____
Si hipoteca:
(a) Promedio de principal: \$ _____
(b) Promedio de interés: \$ _____
(2) Impuestos de propiedad \$ _____
(3) Seguro de casa o apartamento (si no incluido arriba) \$ _____
(4) Mantenición y reparación \$ _____
b. Gastos médicos no pagados por seguro médico \$ _____
c. Cuidado de niño(s) \$ _____
d. Comida en casa y provisiones \$ _____
e. Comida fuera de casa \$ _____
f. Gas, luz, agua, basura \$ _____
g. Teléfono/celular/correo electrónico \$ _____ | h. Lavandería y tintorería \$ _____
i. Ropa \$ _____
j. Educación \$ _____
k. Entretenimiento, regalos, y vacaciones . . \$ _____
l. Gastos de auto y transporte (seguro, gas, reparaciones, autobús, etc.).. \$ _____
m. Seguridad (vida, accidente etc.; No incluya seguro de auto, casa, o médico.) \$ _____
n. Ahorros e inversiones \$ _____
o. Contribuciones caritativas \$ _____
p. Pagos a plazos (detalle abajo en 14 y inserte el total aquí). \$ _____
q. Otro (especifique): \$ _____
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> r. GASTOS TOTALES (a-q) (No incluya cantidades en a (1)(a) and (b)) \$ _____ </div> s. Cantidad de estos gastos pagados por otras personas \$ _____ |
|---|--|

14. Pagos a plazos y deudas no incluidos arriba

Pagado a	Para	Cantidad mensual	Balanza de pagos	Fecha del último pago
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

15. Honorarios por servicios de abogado (Se requiere esta información si cualquiera de las partes piden el pago de honorario de abogado): \$

- a. Hasta hoy día le he pagado a mi abogado por honorarios y costos (especifique): \$
- b. La fuente de este dinero fue (especifique):
- c. Hasta hoy día debo lo siguiente de honorarios y costos aparte de la cantidad ya pagada (especifique el total debido):
- d. Por cada hora mi abogado me cobra (especifique): \$

Yo confirmo esta información y el acuerdo sobre honorarios.

Fecha:

▶ **Sólo para información**

(NOMBRE DEL/A ABOGADO/A ESCRITO A MÁQUINA O LETRA DE MOLDE)

(FIRMA DE ABOGADO/A)

SOLICITANTE/DEMANDANTE: DEMANDADO: Sólo para información OTRO PADRE:	NÚMERO DE CASO: No entregue a la corte
---	--

INFORMACIÓN DE MANUTENCIÓN DE NIÑO(S)

(Complete esta página solamente si su caso implica manutención de niño(s).)

16. Número de niños

- a. Tengo (especifique número): _____ niño(s) menores de 18 años con el otro padre en este caso.
- b. Los niños pasan _____ % de tiempo conmigo y _____ % de tiempo con el otro padre.
 (Si no está seguro/a del porcentaje, o no hay acuerdo entre padres, describa por favor su horario de las visitas aquí.)

17. Gastos relacionados con la salud de los niños

- a. Tengo No tengo seguro de salud/médico para los niños disponible por medio del trabajo.
- b. Nombre de la compañía de seguros:
- c. Dirección de la compañía de seguro:

- d. El cobro mensual para el seguro de salud de los niños es o debe de ser (especifique): \$ _____
 (No incluya la cantidad pagada por su empleador)

18. Gastos adicionales para los niños en este caso

Cantidad por mes

- a. Cuidado de niños para poder ir a trabajar u obtener entrenamiento de trabajo _____ \$ _____
- b. Gastos médicos de niños no cubiertos por seguro _____ \$ _____
- c. Gastos de transporte para visitación _____ \$ _____
- d. Gastos de necesidades educativas o especiales de los niños (especifique): _____ \$ _____

19. Dificultades especiales. Pido de la corte consideración de circunstancias financieras especiales:

(Incluya documentación de apoyo para cualquier circunstancia descrita aquí incluyendo, órdenes judiciales):

	Cantidad por mes	Por cuántos meses?
a. Gastos extraordinarios de cuidado de salud no incluido en la pregunta número, 18b _____	\$ _____	_____
b. Pérdidas catastróficas no cubiertas por un seguro (ejemplos: fuego, hurto, otra pérdida no asegurada) _____	\$ _____	_____
c. (1) Gastos de menores de otros matrimonios o relaciones que viven conmigo _____	\$ _____	_____
(2) Nombres y edades de estos menores (especifique): _____		

(3) Manutención de niños recibida de otra persona por estos niños _____ \$ _____

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

20. Otra información que quisiera que la corte supiera referente a la manutención de niños en mi caso (especifique):