

ABOGADO O PARTE SIN ABOGADO (nombre, número del Colegio de Abogados del estado y dirección): <hr/> <p style="text-align: center;">Nº DE TELÉFONO: DIRECCIÓN DE EMAIL (optativo): ABOGADO DE (nombre):</p>	SOLO PARA USO DE LA CORTE <h2 style="margin: 0;">Solo para información</h2> <h2 style="margin: 0;">No entregue a la corte</h2>
CORTE SUPERIOR DE CALIFORNIA, CONDADO DE DIRECCIÓN, NÚMERO Y CALLE: DIRECCIÓN POSTAL: CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL: NOMBRE DE LA SUCURSAL:	
DEMANDANTE: DEMANDADO: Solo para información OTRO PADRE/RECLAMANTE:	
DECLARACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS	NÚMERO DEL CASO: No entregue a la corte

1. Empleo (Ponga información sobre su trabajo actual, o si está desempleado, su trabajo más reciente).

Adjunte copias de sus talones de sueldo de los últimos dos meses (tache los números de seguro social).

- a. Nombre del empleador:
- b. Dirección del empleador:
- c. Número de teléfono del empleador:
- d. Ocupación:
- e. Fecha en que empezó el trabajo:
- f. Si está desempleado, fecha en que dejó de trabajar:
- g. Trabajo unas _____ horas por semana.
- h. Mi pago bruto (antes de descontar impuestos) es de \$ por mes por semana por hora.

(Si tiene más de un empleo, adjunte una hoja de 8 ½ por 11 pulgadas y ponga la misma información que puso arriba para sus otros trabajos. Escriba "Question 1- Other Jobs" (Pregunta 1: Otros Empleos) en la parte superior de la hoja.)

2. Edad y educación

- a. Mi edad es (especifique): _____
- b. Terminé la preparatoria (high school) o el equivalente: Sí No Si no, el último grado que completé fue (especifique): _____
- c. Cantidad de años de universidad completados (especifique): _____ Título(s) obtenido(s) (especifique): _____
- d. Cantidad de años de posgrado completados (especifique): _____ Título(s) obtenido(s) (especifique): _____
- e. Tengo lo siguiente: licencia(s) profesional(es)/ocupacional(es) (especifique): _____
 capacitación vocacional (especifique): _____

3. Información sobre impuestos

- a. Presenté mi última declaración de impuestos en (especifique año): _____
- b. El estado civil que declaro en mis impuestos es: soltero/a cabeza de familia casado/a declarando por separado casado/a declarando conjunto con (especifique nombre): _____
- c. Presento mis declaraciones de impuestos estatales en California otro (especifique estado): _____
- d. Reclamo el siguiente número de exenciones personales (incluyéndome a mí mismo/a) en los impuestos (especifique): _____

4. Ingresos de la otra parte. Estimo que el ingreso bruto mensual (antes de descontar impuestos) de la otra parte en este caso es: \$ _____ Esta estimación se basa en (explique): _____

(Si necesita más espacio para responder a cualquier pregunta en este formulario, adjunte una hoja de 8 ½ por 11 pulgadas y ponga el número de la pregunta antes de su respuesta). Cantidad de páginas adjuntas: _____

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de California que la información que aparece en todas las páginas de este formulario y toda página adjunta es verdadera y correcta.

Fecha: _____

Solo para información

(NOMBRE ESCRITO A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE)

(FIRMA DEL DECLARANTE)

DEMANDANTE: DEMANDADO: Solo para información OTRO PADRE/RECLAMANTE:	NÚMERO DEL CASO: No entregue a la corte
----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------

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).

	Mes pasado	Promedio mensual
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).		
a. Salario o sueldo (bruto, antes de descontar impuestos)	\$ _____	_____
b. Pagos por horas extras (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	\$ _____	_____
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 (pago BAQ para vivienda militar, pagos de regalías, etc. (especifique)):	\$ _____	_____

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 (especifique):	\$ _____	_____

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

Soy dueño/propietario único socio otro (especifique):

Cantidad 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	\$ _____	_____
f. Manutención de la pareja de hecho que pago por orden de la corte por otra de pareja de hecho	\$ _____	_____
g. Gastos necesarios relacionados al trabajo no reembolsados por mi empleador (adjunte explicación titulada "Question 10g" (Pregunta 10g))	\$ _____	_____

11. Bienes		Total
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 (estime el valor justo de mercado menos las deudas que deba) \$ _____	\$ _____	_____

DEMANDANTE: DEMANDADO: Solo para información OTRO PADRE/RECLAMANTE:	NÚMERO DEL CASO: No entregue a la corte
----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------

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:
(1) <input type="checkbox"/> Alquiler o <input type="checkbox"/> hipoteca \$ _____
Si hipoteca:
(a) Capital promedio: \$ _____
(b) Interés promedio: \$ _____
(2) Impuestos sobre bienes inmuebles . . . \$ _____
(3) Seguro de propietario o inquilino (si no está incluido arriba) \$ _____
(4) Mantenimiento y reparación. \$ _____
b. Gastos médicos no pagados por el seguro. \$ _____
c. Cuidado de los niños \$ _____
d. Comida y provisiones para el hogar \$ _____
e. Comida fuera de casa \$ _____
f. Servicios públicos (gas, luz, agua, basura) \$ _____
g. Teléfono, teléfono celular e email \$ _____ | h. Lavandería y limpieza \$ _____
i. Ropa \$ _____
j. Educación \$ _____
k. Entretenimiento, regalos, y vacaciones \$ _____
l. Gastos de automóvil y transporte (seguro, gasolina, reparaciones, autobús, etc.) \$ _____
m. Seguros (de vida, accidente etc.; no incluya seguro de automóvil, del hogar o de salud.) \$ _____
n. Ahorros e inversiones \$ _____
o. Contribuciones caritativas \$ _____
p. Pagos a plazos que figuran en el punto 14 (detalle <i>abajo en el punto 14 y ponga el total aquí</i>) . . \$ _____
q. Otro (<i>especifique</i>): \$ _____
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> r. GASTOS TOTALES (a–q) (<i>No incluya en su suma los montos en a(1)(a) y (b)</i>) \$ _____ </div> s. Monto de gastos pagado por otras personas \$ _____ |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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:

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

Solo para información

(FIRMA DEL ABOGADO)

DEMANDANTE: DEMANDADO: Solo para información OTRO PADRE/RECLAMANTE:	NÚMERO DEL CASO: No entregue a la corte
----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------

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

16. Cantidad 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 la visitación \$ _____
- d. Gastos educativos por necesidades especiales de los hijos (especifique a continuación): \$ _____

19. Dificultades 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):