

律师或无律师当事人 姓名： 律所名称： 街道地址： 城市： 电话号码： 电子邮箱地址： 州律师执业证号： 州： 邮政编码： 传真号码： 律师委托人（姓名）：	加利福尼亚州高等法院，所在县 街道地址： 邮寄地址： 城市及邮编： 分院名称：	孩子们的姓名：
财务声明——青少年抚养		
案件编号：		不得向法院提交

1.个人信息：

姓名：	社会安全号码：		
曾用名：			
身份证号或驾驶证号：	出生日期：	年龄：	
与孩子的关系： ☐ 父母 ☐ 其他监护人（说明）：			
街道或邮寄地址：			
城市：	州：	邮编：	电话：
婚姻状况： ☐ 已婚 ☐ 未婚 ☐ 同居伴侣 ☐ 分居 ☐ 离婚 ☐ 丧偶			
配偶/伴侣姓名：		与您同住的受抚养人人数：	
受抚养人姓名及年龄：			

- 2.我领取/参加（勾选所有适用项）：
☐ Medi-Cal ☐ SNAP（食品券） ☐ SSI ☐ SSP
☐ 县救济/一般援助 ☐ CalWORKS 或 Tribal TANF（贫困家庭临时援助）
☐ IHSS（居家支持服务） ☐ CAPI（老人、盲人及残障人士现金援助计划）
☐ 加州妇女、婴儿和儿童特别营养补充计划（WIC 计划）
☐ 失业补偿金

3. ☐ 我家庭每月总收入（扣除前）低于下列金额：

家庭人数	家庭收入	家庭人数	家庭收入	家庭人数	家庭收入	如果家中人数超过 6 人，每增加 1 人请加 \$916.67。
1	\$2,608.33	3	\$4,441.67	5	\$6,275.00	
2	\$3,525.00	4	\$5,358.33	6	\$7,191.67	

4. ☐ 我已根据法院命令（随附）与我的孩子（们）重新团聚。

5. ☐ 我正在得到法院命令的家庭重聚服务。

孩子们的姓名：	案件编号： 不得向法院提交
责任人姓名：	

6.就业：

您的就业情况				您的配偶/伴侣的就业情况			
雇主：				雇主：			
地址：				地址：			
城市及邮编：		电话：		城市及邮编：		电话：	
工作类型：				工作类型：			
受雇时长：	目前在职？	月薪：	税后收入：	受雇时长：	目前在职？	月薪：	税后收入：
如目前未就业，您的最后一位雇主是谁？ （姓名、地址、城市及邮编）：				如目前未就业，此人的最后一位雇主是谁？ （姓名、地址、城市及邮编）：			
最后一位雇主的电话号码：				最后一位雇主的电话号码：			

7.其他每月收入和资产：

其他收入	资产：您拥有什么？
失业救济\$	现金 \$
残障补助 \$	不动产/净值..... \$
社会保障 \$	汽车及其他车辆 \$
工伤赔偿 \$	人寿保险 \$
子女抚养费\$	银行账户（见下） \$
寄养津贴\$	股票与债券..... \$
其他收入\$	商业权益 \$
合计 \$	其他资产 \$
	合计 \$
	银行名称及网点：
	账号：

孩子们的姓名：	案件编号：
责任人姓名：	不得向法院提交

8.费用：

每月家庭开支	重聚计划：所需服务的每月费用
房租或房贷	育儿课
汽车贷款	药物滥用治疗
汽油及汽车保险	治疗/咨询
公共交通	医疗护理/药物
公共事业费用（燃气、电、电话、水等）	家庭暴力咨询
食物	施暴者干预
服装及洗衣	受害者支持
托儿费	区域中心项目
子女抚养费	交通
医疗费用	居家服务
其他必要月支出	其他
合计 \$	合计 \$

9.贷款/费用偿付（房贷或车贷除外）：

贷款方名称及贷款/费用类型	每月付款	尚欠余额
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$

我声明上述信息真实且正确，如作伪证，愿受加利福尼亚州法律规定的伪证罪惩罚。

日期：

仅供参考
(填写或打印姓名)

仅供参考
(声明人签名)

仅供财务评估官使用			
总收入	\$	法律服务费用	\$
总支出	\$	每月付款	\$
可支配净收入	\$	评估总费用	\$
上述责任人被推定无力支付本诉讼法律服务费用，并符合免除赔偿责任的条件，原因如下			
☐ 他们领取符合条件的公共福利			
☐ 其家庭收入低于当前联邦贫困指南的 200%			
☐ 他们已根据法院命令与孩子（们）重新团聚，支付赔偿将损害其抚养孩子（们）的能力。			
日期：			
(填写或打印姓名)		(财务评估官签名)	