

ABOGADO O PARTE SIN ABOGADO NOMBRE: NOMBRE DE LA FIRMA: DIRECCIÓN (calle y número): CIUDAD: ESTADO: CÓD. POSTAL: N.º DE TELÉFONO: N.º DE FAX: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: ABOGADO DE (nombre):	SOLO PARA USO DE LA CORTE Solo para información No entregue a la corte
CORTE SUPERIOR DE CALIFORNIA, CONDADO DE DIRECCIÓN (calle y número): DIRECCIÓN POSTAL: CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL: NOMBRE DE LA SUCURSAL:	
NOMBRES DE LOS MENORES:	
DECLARACIÓN FINANCIERA—DEPENDENCIA DE MENOR DE EDAD	NÚMERO DE CASO: No entregue a la corte

1. Información personal:

Nombre:		Número de Seguro Social:	
Otros nombres utilizados:			
Identificación o número de licencia de conducir:		Fecha de nacimiento:	Edad:
Relación con el menor: ☐ Padre ☐ Otra persona responsable (<i>especifique</i>):			
Domicilio o dirección postal:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Número de teléfono: Número de teléfono alternativo:
Estado civil: ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Pareja de hecho ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo			
Nombre de cónyuge o pareja:		Número de dependientes que viven con usted:	
Nombres y edades de los dependientes:			

2. Recibo (*marque todo lo que corresponda*): ☐ Medi-Cal ☐ SNAP (*Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria*) (cupones de alimentos) ☐ SSI (*Seguridad de Ingreso Suplementario*) ☐ SSP (*Pagos Suplementarios del Estado*)

☐ Ayuda del condado-
Ayuda general

☐ CalWorks o TANF (*Asistencia Temporal para Familias Necesitadas*) Tribal

☐ IHHS (*Servicios de Apoyo en el Hogar*)

☐ CAPI (*Programa de Ayuda en Efectivo para Inmigrantes, Personas Ciegas y Personas Discapacitadas*)

☐ WIC (*Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños de California*)

☐ Compensación por desempleo

3. ☐ El ingreso mensual bruto de mi unidad familiar (antes de deducir impuestos) es inferior al monto indicado a continuación:

Número de personas en el hogar	Ingresos del hogar	Número de personas en el hogar	Ingresos del hogar	Número de personas en el hogar	Ingresos del hogar	Si hay más de 6 personas en el hogar, agregue \$916,67 por cada persona adicional.
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. ☐ Me han reunificado con mi(s) hijo(s) por medio de una orden judicial (adjunta).

5. ☐ Recibo servicios de reunificación familiar ordenados por la corte.

NOMBRES DE LOS MENORES:	NÚMERO DE CASO:
NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE:	No entregue a la corte

6. Empleo:

Su empleo				El empleo de su cónyuge o pareja			
Empleado:				Empleado:			
Dirección:				Dirección:			
Ciudad y código postal:		Número de teléfono:		Ciudad y código postal:		Número de teléfono:	
Tipo de trabajo:				Tipo de trabajo:			
Duración del empleo:	¿Trabaja actualmente?	Salario mensual:	Salario neto:	Duración del empleo:	¿Trabaja actualmente?	Salario mensual:	Salario neto:
Si actualmente no tiene empleo, ¿quién fue su último empleador? (nombre, dirección, ciudad y código postal):				Si actualmente no tiene empleo, ¿quién fue el último empleador de esta persona? (nombre, dirección, ciudad y código postal):			
Número de teléfono del último empleador:				Número de teléfono del último empleador:			

7. Otros ingresos y activos mensuales:

Otros ingresos:	Activos: ¿Cómo se compone su patrimonio?
Desempleo.....\$	Efectivo..... \$
Discapacidad \$	Bienes inmuebles / equidad..... \$
Seguro Social\$	Carros y otros vehículos \$
Indemnización por accidente laboral..... \$	Seguro de vida \$
Pagos de manutención de los hijos\$	Cuentas bancarias (indique a continuación).. \$
Pagos de hogar de crianza\$	Acciones y bonos \$
Otros ingresos\$	Participación en negocios..... \$
Total \$	Otros activos..... \$
	Total \$
	Nombre y sucursal del banco:
	Números de cuenta:

NOMBRES DE LOS MENORES:	NÚMERO DE CASO:
NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE:	No entregue a la corte

8. Gastos:

Gastos mensuales del hogar Pago de alquiler o hipoteca..... \$ Pago de carro..... \$ Combustible y seguro vehicular \$ Transporte público..... \$ Servicios públicos (gas, electricidad, teléfono, agua, etc.) \$ Alimentos \$ Vestimenta y lavandería..... \$ Cuidado infantil..... \$ Pagos de manutención de los hijos..... \$ Pagos médicos..... \$ Otros gastos mensuales necesarios \$ Total \$	Plan de reunificación: Costo mensual de los servicios requeridos Clases de crianza..... \$ Tratamiento por abuso de sustancias \$ Terapia / asesoramiento psicológico..... \$ Atención médica / medicamentos \$ Terapia por violencia en el hogar \$ Programa de intervención para maltratadores\$ Apoyo a la víctima..... \$ Programas de centros regionales \$ Transporte..... \$ Servicios en el hogar..... \$ Otros \$ Total \$
---	---

9. Pagos de préstamos o de gastos (distinto de hipotecas o préstamos para automóviles):

Nombre del prestamista y tipo de gasto o préstamo	Pago mensual:	Saldo adeudado
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de California que lo anterior es verdadero y correcto.

Fecha:

(ESCRIBA SU NOMBRE A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE)



Solo para información

(FIRMA DEL DECLARANTE)

PARA USO EXCLUSIVO DEL AGENTE DE EVALUACIÓN			
INGRESO TOTAL	\$	COSTO DE SERVICIOS LEGALES	\$
GASTOS TOTALES	\$	PAGO MENSUAL	\$
INGRESOS NETOS	\$	COSTO TOTAL DETERMINADO	\$
A la persona responsable mencionada anteriormente se la presume incapaz de realizar reembolsos del costo de los servicios legales en este procedimiento y califica para recibir una exención de responsabilidad porque ☐ Recibe beneficios públicos calificados ☐ Su ingreso familiar se encuentra por debajo del 200 % de las pautas federales de pobreza ☐ Se ha reunificado con su(s) hijo(s) mediante una orden judicial y el pago de un reembolso podría afectar su capacidad para mantener a su(s) hijo(s).			
Fecha:			
_____ (ESCRIBA SU NOMBRE A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE)		_____ (FIRMA DEL AGENTE DE EVALUACIÓN FINANCIERA)	