Informacion financiera del Solicitante
Financial Information of Petitioner

La información que aquí se solicita, varía conforme a las normas del estado que la proporciona. Tal vez sea necesario actualizar dicha información.
Information required varies based on responding State's guidelines. Updates may be required.

A. Ingreso mensual procedente de todas las fuentes:
Monthly Income from All Sources:

1. ¿Tiene empleo el solicitante? [ ] Sí, ocupación: _____ [ ] No, fuente de ingresos: _____
   Is the petitioner employed? Yes, occupation: _____ No, income source: _____
2. Monto total de ingresos brutos al mes:
   Gross Monthly Income Amounts:

	Soliciante Petitioner	Cónyuge o pareja actual Current Spouse/Partner	Dependiente(s) actual/es Obligor's Dependent(s)
a) Asistencia Pública Public Assistance i) SS SSI	$ _____	$ _____	$ _____
ii) Asistencia para la familia Family Assistance	$ _____	$ _____	$ _____
iii) Otros Other	$ _____	$ _____	$ _____
b) Sueldo o salario base Base pay salary, wages	$ _____	$ _____	$ _____
c) Horas extras, comisiones, propinas, bonos, horario parcial Overtime, commissions, tips, bonuses, part-time	$ _____	$ _____	$ _____
d) Compensación por desempleo Unemployment Compensation	$ _____	$ _____	$ _____
e) Compensación laboral Worker's compensation	$ _____	$ _____	$ _____
f) Pagos de seguro social para personas con discapacidad Social Security Disability	$ _____	$ _____	$ _____
g) Pagos de seguro social para personas jubiladas Social Security Retirement	$ _____	$ _____	$ _____
h) Dividendos e intereses Dividends and interest	$ _____	$ _____	$ _____
i) Ingresos por fideicomisos o anualidades Trust/Annuity Income	$ _____	$ _____	$ _____
j) Pensiones, jubilación Pensions, retirement	$ _____	$ _____	$ _____

k) Manutención para menores Child Support	$ _____	$ _____	$ _____
l) Manutención del cónyuge/pago por soporte Spousal Support/alimony	$ _____	$ _____	$ _____
m) Todas las demás fuentes All other sources *Explique cuáles son las "demás fuentes"* *Explain "other sources"*	$ _____	$ _____	$ _____
3. Ingreso total mensual Total Gross Monthly *(Suma de las líneas "2a" hasta las líneas "2M)* *(lines "2a" through "2m")*	$ _____	$ _____	$ _____
4. Deducciones del ingreso total Deductions from Gross			
a) Impuesto federal sobre la renta Federal Income Tax	$ _____	$ _____	$ _____
b) Impuesto estatal sobre la renta State Income Tax			
c) Impuestos locales Local Tax	$ _____	$ _____	$ _____
d) F.I.C.A. F.I.C.A.	$ _____	$ _____	$ _____
5. Ajuste mensual neto Adjusted Net Monthly *(Línea "3" menos las líneas de "4a" hasta las líneas "4d")* *(lines "3" minus lines "4a through 4d")*	$ _____	$ _____	$ _____
6. Otras deducciones Other Deductions	$ _____	$ _____	$ _____
a) Ahorros Savings	$ _____	$ _____	$ _____
b) Pago de préstamo Loan Repayment	$ _____	$ _____	$ _____
c) Jubilación obligatoria Mandatory Retirement	$ _____	$ _____	$ _____
d) Jubilación no obligatoria Nonmandatory Retirement	$ _____	$ _____	$ _____
e) Seguro médico Medical Insurance	$ _____	$ _____	$ _____
f) Cuotas sindicales Union Dues	$ _____	$ _____	$ _____

g) Deducciones adicionales, otros (Especifique) Other (specify)	$ _____	$ _____	$ _____
7. Ingresos mensuales netos Net Monthly Income *(Línea "5" menos las líneas de "6"" hasta las líneas "6g") (line 5 minus lines "6a" through "6g")*	$ _____	$ _____	$ _____
8. Ingresos totales del año anterior Gross Income Prior Year	$ _____	$ _____	$ _____

De ser posible, anexe los tres comprobantes de pago más recientes de cada empleador por cada una de las partes aquí mencionadas.
Attach three most recent paystubs from each current employer for all parties shown.

B. Gastos mensuales:
Monthly Expenses

	Solicitante Petitioner	Dependiente(s) del deudor Obligor's Dependent(s)
1) Alquiler/hipoteca Rent/Mortgage	$ _____	$ _____
2) Seguro para propietario de casa/inquilino Homeowners/Renters Insurance	$ _____	$ _____
3) Mantenimiento y reparación del hogar Home Maintenance & Repair	$ _____	$ _____
4) Calefacción Heat	$ _____	$ _____
5) Electricidad/gas Electricity/Gas	$ _____	$ _____
6) Teléfono Telephone	$ _____	$ _____
7) Agua/drenaje Water/Sewer	$ _____	$ _____
8) Alimentos Food	$ _____	$ _____
9) Lavandería/limpieza Laundry/Cleaning	$ _____	$ _____
10) Ropa Clothing	$ _____	$ _____
11) Seguro de vida Life Insurance	$ _____	$ _____
12) Seguro médico Medical Insurance	$ _____	$ _____

13) Gastos médicos especiales no cubiertos por un seguro (Anexe la documentación correspondiente)
Uninsured Extraordinary Medical (attach documentation) $ _____ $ _____

14) Otros gastos de salud, que no estén asegurados
Other Uninsured Health-Related Expenses $ _____ $ _____

15) Pago del automóvil
Auto Payment $ _____ $ _____

16) Seguro para el automóvil
Auto Insurance $ _____ $ _____

17) Gastos del automóvil
Auto Expenses $ _____ $ _____

18) Otro tipo de transporte
Other Transportation $ _____ $ _____

19) Cuidado de los niños
Child Care
Proporcionado por: _____
Provider:
Frecuencia: _____
Frequency:

20) Pagos de manutención, monto real que se ha pagado
Support Payments, actual amount paid $ _____ $ _____

21) Otros gastos; explique
Other; Explain $ _____ $ _____

Total de los gastos mensuales
(Suma de la línea 1 hasta la 21)
Total Monthly Expenses
(lines 1 through 21) $ _____ $ _____

C. Bienes:
Assets:

1) Bienes raíces
Real Estate _____
(Dirección/Address)

_____
(Propietario/Owner(s))

_____
(Título/Title)

2) Cuenta IRA, cuenta Keogh, jubilación, participaciones o distribución de beneficios, otros planes para la jubilación / IRA, Keogh, Pension, Profit Sharing, Other Retirement Plans

_____ $ _____
(Institución o nombre del plan y número de la cuenta)
(Institution or Plan Name and Account Number)

_____ $ _____
(Institución o nombre del plan y número de la cuenta)
(Institution or Plan Name and Account Number)

3) Plan(es) de anualidades libres de impuestos
Tax Deferred Annuity Plan(s) $ _____

4) Seguro de vida: valor actual en efectivo
Life Insurance: Present Cash Value $ _____

5) Cuentas de ahorros y corrientes, cuentas de mercado monetario, y certificados de depósitos
Savings & Checking Accounts, Money Market Accounts, & CDs

_____ $ _____
(Nombre de la institución y número de la cuenta)
(Institution Name and Account Number)

_____ $ _____
(Nombre de la institución y número de la cuenta)
(Institution Name and Account Number)

6) Automóviles/ vehículos
Automobiles/Vehicles

_____ _____ _____ $_____ menos $_____= $ _____
(Marca/Make) (Modelo/Model) (Año/Year) (Valor estimado) minus (Balance del préstamo)
(Estimated Value) (Loan Balance)

_____ _____ _____ $_____ menos $_____= $ _____
(Marca/Make) (Modelo/Model) (Año/Year) (Valor estimado) minus (Balance del préstamo)
(Estimated Value) (Loan Balance)

_____ _____ _____ $_____ menos $_____= $ _____
(Marca/Make) (Modelo/Model) (Año/Year) (Valor estimado) minus (Balance del préstamo)
(Estimated Value) (Loan Balance)

7) Bienes adicionales (por ejemplo: propiedad personal, acciones.). Descríbalos:
Other (e.g., Personal Property, Securities, etc.) Describe:

_____ $ _____

_____ $ _____

Todos de los bienes
(Suma de la línea “1” hasta la “7”)

Total Assets
(lines 1 through 7) $ _____