



FORMULARIO SOLO PARA LOS CASOS CON LA AGENCIA DE CHILD SUPPORT

STATE OF RHODE ISLAND AND PROVIDENCE PLANTATIONS

CORTE DE FAMILIA HISTORIAL DE BIENES OBLIGACIONES - INGRESOS - GASTOS

NOMBRE: Demandante Demandado ACCIÓN CIVIL - NÚMERO DE ARCHIVO:

INGRESO NETO Semanal: Quincenal: Mensual:

Table with 3 columns: INGRESO BRUTO, Semanal, Quincenal, o Mensual, and IMPUESTOS Y DEDUCCIONES DE INGRESO. Rows include Sueldos, Salarios, Impuestos Federales, etc.

SEGURO MEDICO: (encierre una) ¿Plan Familiar? Si No Nombre del Plan: SEGURO DENTAL: (encierre una) Si No Nombre del Plan:

¿Los Programas de RiteCare, RiteShare, o Medicaid proveen seguro medico para algún niño que sea parte de este caso? (encierre una) Si No

ASISTENCIA DE CUIDADO INFANTIL: ¿Hay algún niño en su hogar que recibe asistencia a través del Estado? (encierre una) Si No

Table with 2 main sections: PROPIEDADES BAJO EL CONTROL DEL SOLICITANTE and OTRAS PROPIEDADES. Columns include Nombre de la Institución / Ubicación de la Propiedad, FMV, Prestamo Bal., Interes, and Equidad.

OBLIGACIONES - GASTOS: Enumere sólo UNA VEZ en una columna

Semanal

Mensual

| | | |
|-------|---|-----------------|
| _____ | 1. Gastos de Comida (Supermercado) | _____ |
| _____ | 2. Calefacción y Propano | _____ |
| _____ | 3. Electricidad | _____ |
| _____ | 4. Telefono / Celular | _____ |
| _____ | 5. Cable / Internet | _____ |
| _____ | 6. Ropa / Lavandería | _____ |
| _____ | 7. Sin Seguro Medico, Medicinas, Dental | _____ |
| _____ | 8. Necesidades Personales & Dinero para Gastar | _____ |
| _____ | 9. Cigarrillos | _____ |
| _____ | 10. Seguro de Carro / Registración | _____ |
| _____ | 11. Gasolina / Mantenimiento de Carro | _____ |
| _____ | 12. Gastos de Viajes y Trayectos | _____ |
| _____ | 13. Seguro de Vida | _____ |
| _____ | 14. Seguro Medico no proveido por el Empleador | _____ |
| _____ | 15. Multas y Costos Judiciales | _____ |
| _____ | 16. Cuidado de Niños | _____ |
| _____ | 17. Orden de Manutención (este caso) | _____ |
| _____ | 18. Orden de Manutención (otros casos) | _____ |
| _____ | 19. Orden de Seguro Medico | _____ |
| _____ | 20. Orden de Intereses (atrasos) | _____ |
| _____ | 21. Orden de Pension Alimenticia (Alimony) | _____ |
| _____ | Vivienda | |
| _____ | 22. Renta | _____ |
| _____ | 23. Hipoteca (Mortgage) | _____ |
| _____ | 24. Impuestos de las Propiedades no Incluidas en la Hipoteca | _____ |
| _____ | 25. Seguro de Casa o de Inquilino | _____ |
| _____ | 26. Alcantarillado / Agua / Mantenimiento | _____ |
| _____ | 27. _____ | _____ |
| _____ | Préstamos y Obligaciones | |
| _____ | 28. Préstamo de Auto: Balance _____ | _____ |
| _____ | 29. Tarjeta de Credito: Balance _____ | _____ |
| _____ | 30. Otros Préstamos: Balance _____ | _____ |
| _____ | Misceláneo | |
| _____ | 31. Retiro / 401K no reducida del salario | _____ |
| _____ | 32. Ahorros | _____ |
| _____ | 33. Otros _____ | _____ |
| _____ | 34. Líneas Totales Semanal 1-33 Mensual | \$ _____ |
| _____ | 35. Total Semanal de la Línea 34 | \$ _____ |
| _____ | 36. Total Mensual Dividido por 4.3 | \$ _____ |
| _____ | 37. El Total de los Gastos Semanales | \$ _____ |
| | (agregue los gastos de las líneas 35 & 36) | |

Bajo pena de perjurio, juro que las declaraciones contenidas en este Historial de Bienes, Obligaciones, Ingresos y Gastos, y los archivos adjuntos son verdaderos y correctos. Verifique si algún ahorrario esta adjunto.

Nombre: _____ Firma de la Persona: _____

Jurado ante mi _____ día de _____, 20 ____.

Nombre del Notario Publico: _____ Firma: _____

Notario Publica del Estado de: _____ Expiración de la Comisión: _____

Tipo de Identificación:

Estado: _____ Gov't: _____ Licencia de Conducir: _____ Passaporte: _____ Personalmente Conocido: _____ Otro: _____



STATE OF RHODE ISLAND
AND
PROVIDENCE PLANTATIONS

CORTE DE FAMILIA
HISTORIAL DE BIENES
OBLIGACIONES - INGRESOS - GASTOS

PROGRAMA

NOMBRE: _____
Demandante Demandado

ACCIÓN CIVIL - NÚMERO DE ARCHIVO: _____

Detalles adicionales sobre los Ingresos:

Detalles adicionales sobre los Impuestos y las Deducciones de Ingresos:

Detalles adicionales sobre Propiedades bajo el Control del Solicitante:

Comentarios adicionales:

Fecha: _____ Firma de la Persona: _____

Jurado ante mí _____ día de _____, 20 ____.

Nombre del Notario: _____

Estado de: _____

Firma del Notario: _____

Expiración de la Comisión: _____

Tipo de Identificación:

Estado: _____ Gov't: _____ Licencia de Conducir: _____ Passaporte: _____ Personalmente Conocido: _____ Otro: _____