

JUZGADO DEL CONDADO _____, de OHIO

PROCEDIMIENTOS de FAMILIA

Demandante		N.º de caso: _____
		Juez _____
contra/y		Juez de Control de Garantías _____
Acusado/Demandante		

Instrucciones: Compruebe la normativa jurídica local para determinar cuándo debe utilizarse este formulario. Este affidavit (declaración hecha bajo juramento) se usa para divulgar la totalidad de ingresos, gastos y deudas. Sirve para determinar los montos de manutención del cónyuge y la pensión alimenticia de los hijos. No deje ninguna categoría en blanco. Escriba <<ninguno>> donde sea pertinente. Si no sabe el monto exacto de cualquiera de las cantidades que se le solicitan, estime su valor aproximado, lo mejor posible, y escriba «APROX.» **Si necesita más espacio, añada más hojas.**

AFIDÁVIT SOBRE INGRESOS Y GASTOS

Yo, _____ **Declaro lo siguiente bajo pena de perjurio:**
 (Escriba su nombre en letra de molde)

Fecha de matrimonio _____ Fecha de separación _____

SECCIÓN I. INGRESOS

	<u>Marido</u>	<u>Mujer</u>
Empleado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Empleador	_____	_____
Dirección de la nómina de pago	_____	_____
Ciudad, estado, código postal de la nómina de pago	_____	_____
N.º de cheques por año	<input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 52	<input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 52

A. INGRESOS ANUALES, HORAS EXTRAS, COMISIONES Y BONIFICACIONES DE LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS

	<u>Marido</u>	<u>Mujer</u>
Ingreso anual base	\$ _____ hace 3 años 20 _____	\$ _____
	\$ _____ hace 2 años 20 _____	\$ _____

	\$ _____	el año pasado	20 _____	\$ _____
Horas extras, comisiones o bonificaciones	\$ _____	hace 3 años	20 _____	\$ _____
	\$ _____	hace 2 años el año pasado	20 _____	\$ _____
	\$ _____		20 _____	\$ _____

B. CÁLCULO DEL INGRESO ACTUAL

	<u>Marido</u>	<u>Mujer</u>
Ingreso anual base	\$ _____	\$ _____
Promedio de horas extras, comisiones o bonificaciones anuales durante los últimos 3 años (de la parte A)	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Prestaciones de desempleo	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Prestaciones por discapacidad		
<input type="checkbox"/> Compensación al trabajador		
<input type="checkbox"/> Seguro Social		
<input type="checkbox"/> Otras prestaciones:	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Prestaciones por jubilación		
<input type="checkbox"/> Seguro Social		
<input type="checkbox"/> Otro:	\$ _____	\$ _____
Pagos recibidos por concepto de manutención del cónyuge	\$ _____	\$ _____
Ingresos por intereses y dividendos (fuente)		
_____	\$ _____	\$ _____
Otros ingresos (tipo y fuente)		
_____	\$ _____	\$ _____
INGRESO ANUAL TOTAL	\$ _____	\$ _____
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) o ayuda pública	\$ _____	\$ _____
Pagos que usted recibe actualmente, por concepto de	\$ _____	\$ _____

pensión alimenticia para
menores, o dependientes,
quienes no sean resultado de
su matrimonio o relación actual

--	--

SECCIÓN II. HIJOS Y RESIDENTES DEL HOGAR

Niños, o menores dependientes adoptados o nacidos de su matrimonio o relación actual

Nombre	Fecha de nacimiento	Vive con
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Además de los menores arriba nombrados, las siguientes personas viven en nuestro hogar:

_____ adulto(s)
 _____ otros niños o menores dependientes.

SECCIÓN III. GASTOS

Enumere a continuación los gastos mensuales de su hogar actual.

A. GASTOS MENSUALES DEL HOGAR

Renta o primer préstamo hipotecario (incluyendo impuestos y seguro)	\$	_____
Impuestos sobre bienes inmuebles (si no están incluidos arriba)	\$	_____
Seguro sobre bienes inmueble/de vivienda (si no están incluidos arriba)	\$	_____
Segundo préstamo hipotecario/línea de crédito sobre el valor líquido de la vivienda	\$	_____
Servicios públicos		
o Luz	\$	_____
o Gas, aceite combustible, propano	\$	_____
o Servicio de agua potable y alcantarillado	\$	_____
o Teléfono	\$	_____
o Servicio de colección de basura	\$	_____
o Televisión por cable/satélite	\$	_____
Limpieza, mantenimiento, reparaciones	\$	_____
Servicio de jardinería, remoción de nieve	\$	_____
Otro: _____	\$	_____
	\$	_____
TOTAL MENSUAL:	\$	_____

B. OTROS GASTOS MENSUALES DE SUBSISTENCIA

Alimentos	
o Abarrotes (incluyendo alimentos, papel, productos de limpieza, artículos de aseo personal, otros)	\$ _____
o Restaurante	\$ _____
Transporte	
o Préstamos automovilísticos, arrendamiento de vehículos	\$ _____
o Mantenimiento de vehículos (aceite, reparaciones, permiso de circulación)	\$ _____
o Gasolina	\$ _____
o Estacionamiento, transporte público	\$ _____
Prendas de vestir	
o Ropa (aparte de la de los hijos)	\$ _____
o Lavado en seco, lavandería	\$ _____
Aseo personal	
o Cuidado del Cabello, de las uñas	\$ _____
o Otro _____	\$ _____
Teléfono celular	\$ _____
Internet (si no se incluyó anteriormente)	\$ _____
Otro _____	\$ _____
TOTAL MENSUAL:	
	\$ _____

C. GASTOS MENSUALES RELACIONADOS CON LOS HIJOS

(para los hijos del matrimonio o relación)

Gastos de cuidado infantil relacionados con el trabajo/los estudios	\$ _____
Otros gastos de cuidado infantil	\$ _____
Tiempo de viaje extraordinario para ejercitar el tiempo de crianza	\$ _____
Gastos por necesidades especiales y extraordinarias de los hijos (no incluidos anteriormente)	\$ _____
Prendas de vestir	\$ _____
Materiales escolares	\$ _____
Mesada para los hijos	\$ _____
Actividades o lecciones extracurriculares	\$ _____
Almuerzos escolares	\$ _____
Otro _____	\$ _____

TOTAL MENSUAL: \$

D. PRIMAS DE SEGUROS

Vida	\$	_____
Automóvil	\$	_____
Salud	\$	_____
Discapacidad	\$	_____
Inquilinos/efectos personales (si no se incluyó en la parte A arriba)	\$	_____
Otro _____	\$	_____
TOTAL MENSUAL:		\$ _____

E. GASTOS MENSUALES de EDUCACIÓN

Gastos de matrícula		_____
o Propia	\$	_____
o De los hijos	\$	_____
Libros, cuotas, otros	\$	_____
Amortización de préstamos universitarios	\$	_____
Otro _____	\$	_____
_____	\$	_____
TOTAL MENSUAL:		\$ _____

F. GASTOS MENSUALES DE SALUD
(no cubiertos por el seguro)

Médicos	\$	_____
Dentistas	\$	_____
Optometristas/oculista	\$	_____
Recetas médicas	\$	_____
Otro _____	\$	_____
_____	\$	_____
TOTAL MENSUAL :		\$ _____

G. GASTOS VARIOS MENSUALES

Obligaciones extraordinarias por otros hijos/hijos discapacitados (no hijastros)	\$	_____
Pagos de pensión alimenticia para menores que no sean producto de este matrimonio o relación y que no hayan sido adoptados por este matrimonio	\$	_____
Pagos de manutención a uno o más cónyuges anteriores	\$	_____
Suscripciones, libros	\$	_____

TOTAL MENSUAL: \$ _____

SUMA TOTAL DE LOS GASOS MENSUALES (suma de A hasta H): \$ _____

JURAMENTO

(No lo firme hasta que se encuentre frente a un fedatario (*notary*))

Yo, (nombre en letra de molde) _____, juro o afirmo que he leído este documento y que los hechos y la información que contiene son verdaderos, correctos y completos, a mi leal saber y entender. Entiendo que si no digo la verdad, puedo estar sujeto a sanciones por perjurio.

Su firma

Jurado ante mí y firmado en mi presencia el día _____ de _____ d e _____ .

Fedatario público (*Notary Public*)

Mi cargo vence el:
