

Progenitor no custodio:

Fecha:

Parte custodia:

Identificador de caso de Nueva York:

Declaración del Patrimonio Neto

Yo, _____, debidamente juramentado, declaro que la siguiente es una declaración precisa de mis ingresos, deducciones, gastos, información del seguro médico, información del empleador e información de mi dirección particular:

Use tinta negra únicamente

1. ¿Presentó la declaración del impuesto sobre la renta federal para el año fiscal **2024**? Sí No

Si la respuesta es "Sí", indique su "Ingreso total" según lo informó en su declaración del impuesto sobre la renta federal de **2024**:

Copia de: **2024** IRS Formulario 1040, Línea 9 que incluye los montos del Anexo 1, línea 10 1. _____

Si la respuesta es "No", calcule su "Ingreso total" para **2024** como debe informar en su declaración de impuesto sobre la renta federal completando lo siguiente (si no tiene montos que ingresar, escriba "0"):

- 1. Sueldos, salarios, propinas, etc. _____
 - 2. Interés gravable _____
 - 3. Dividendos ordinarios _____
 - 4. Reembolsos, créditos o compensaciones gravables de impuestos estatales y locales _____
 - 5. Pensión alimenticia recibida _____
 - 6. Ingresos (o pérdidas) comerciales _____
 - 7. Ganancia (o pérdida) de capital _____
 - 8. Otras ganancias (o pérdidas) _____
 - 9. Monto gravable de distribuciones de IRA _____
 - 10. Monto gravable de pensiones y rentas vitalicias _____
 - 11. Bienes inmuebles para renta, regalías, sociedades, corporaciones S, fideicomisos, etc. _____
 - 12. Ingreso (o pérdida) agrícola _____
 - 13. Indemnización por desempleo _____
 - 14. Monto gravable de los beneficios del seguro social _____
 - 15. Otros ingresos [indicar] _____
- Total (sume líneas 1 – 15) 1a _____

2. Para sus ingresos de **2024**, proporcione el monto en dólares de cada uno de los siguientes tipos de ingresos, si los hubiere, que no estén incluidos en 1 o 1a arriba (si todos esos ingresos fueron incluidos o si no tuvo ingresos de ese tipo, marque la casilla que corresponda)

Tipo de ingreso	Monto no incluido arriba	Todos ya incluidos arriba	No recibí ninguno
a. Ingresos por inversiones (menos gastos)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Compensación de ingresos diferidos	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Compensación laboral	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Beneficios por discapacidad	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Beneficios del seguro de desempleo	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Beneficios de seguro social	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Beneficios para veteranos	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Pensiones y Beneficios de Jubilación	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Becas y estipendios	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Pagos de anualidades	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total (sumar líneas a - j) 2. _____

3. ¿Estuvo trabajando por cuenta propia en algún momento durante **2024**? Sí No (pase a la pregunta 4)

Si la respuesta es "Sí", indique el monto en dólares de las deducciones por las actividades realizadas por cuenta propia que tuvo en **2024 para lo siguiente:**

a. Deducción por depreciación mayor que la depreciación calculada de forma lineal para determinar ingresos comerciales o créditos de inversión (si no corresponde, escriba "0") 3a. _____

b. Las asignaciones de entretenimiento y viaje deducidas de los ingresos comerciales en la medida en que esas asignaciones reduzcan los gastos personales (si no corresponde, escriba "0") 3b. _____

4. ¿Estuvo empleado o recibió compensación de una corporación, corporación S, corporación de responsabilidad limitada, sociedad, sociedad de responsabilidad limitada, empresa unipersonal u otra entidad comercial en cualquier momento durante **2024**? Sí No (pase a la pregunta 5)

Si la respuesta es "Sí", indique el monto en dólares de los incentivos y beneficios complementarios recibidos como parte de la compensación por el empleo:

a. Comidas, alojamiento, membresías, automóviles u otros incentivos en la medida en que constituyan gastos para uso personal o que directa o indirectamente confieran beneficios económicos personales (si no corresponde, escriba "0") 4a. _____

b. Beneficios complementarios (si no corresponde, escriba "0") 4b. _____

5. Indique el monto en dólares de dinero, bienes o servicios proporcionados por familiares y amigos durante **2024** (si no corresponde, escriba "0"):

a. Dinero _____

b. Bienes _____

c. Servicios _____

Total (sume las líneas a – c) 5. _____

6. Indique el valor actual en dólares de los activos que no generan ingresos (si no corresponde, escriba "0"):

a. Casas/Edificios _____

b. Terrenos _____

c. Automóviles _____

d. Embarcaciones _____

e. Casas rodantes _____

f. Autocaravanas/Remolques _____

g. Motocicletas _____

h. Motonieves _____

i. Colección de monedas, estampillas o arte _____

j. Joyas _____

k. Otros bienes _____

Total (sume las líneas a – k) 6. _____

7. Enumere a continuación el tipo y el valor en dólares de los bienes que transfirió en los últimos tres (3) años (**escriba con letra imprenta**; adjunte páginas adicionales si es necesario):
8. Indique el monto, si corresponde, de los siguientes gastos, pagos o ingresos en los que haya incurrido, pagado o recibido durante **2024** (si no corresponde, escriba "0"):
- a. Gastos comerciales y de empleados no reembolsados, excepto en la medida en que dichos gastos reduzcan gastos personales _____
 - b. Pensión alimenticia o manutención efectivamente pagada a un cónyuge que no es parte en esta acción (proporcione copia de la orden judicial o acuerdo escrito válidamente ejecutado) _____
 - c. Pensión alimenticia o manutención efectivamente pagada a un cónyuge que es parte en esta acción (proporcione copia de la orden judicial o acuerdo escrito válidamente ejecutado) _____
 - d. Manutención infantil efectivamente pagada a nombre de un niño que no esté sujeto a esta acción (proporcione copia de la orden judicial o acuerdo escrito válidamente ejecutado y prueba de pago) _____
 - e. Impuestos sobre la renta o impuestos sobre las ganancias de la ciudad de Nueva York o Yonkers que efectivamente se pagaron _____
 - f. Impuestos de la Ley Federal de Contribuciones al Seguro (FICA) efectivamente pagados _____
- Total (sume las líneas a – f) 8. _____
9. Enumere sus fuentes actuales de ingresos. (**Escriba con letra imprenta**; adjunte páginas adicionales si es necesario):
- a. Empleo (nombre, dirección y número de teléfono de cada empleador actual):

Salario bruto (sin deducciones) \$ _____
 (por hora diario semanal bisemanal mensual anual)
 - b. Otras fuentes de ingresos actuales:

Tipo _____

Cantidad de ingresos \$ _____
 (por hora diario semanal bisemanal mensual anual)
10. ¿Sus hijos, que son objeto de la orden judicial, están cubiertos por un seguro médico proporcionado por su empleador o alguna organización como un sindicato?
- Sí**, mis hijos están actualmente inscritos en un plan de seguro médico proporcionado por mi empleador u organización:
- Compañía aseguradora _____
(Escriba con letra imprenta)
- Dirección de la compañía _____
(Escriba con letra imprenta)
- Número de plan _____ Número de póliza _____
- Tipo de cobertura _____
- No**. Aunque mi empleador u organización **ofrece** seguro médico para mis hijos, actualmente no están inscritos.

No. Mi empleador u organización **no ofrece** seguro médico para mis hijos.

No. Actualmente no estoy empleado.

11. Si cambió de empleador o fuente de ingresos durante el año pasado, enumere los empleadores y las fuentes de ingresos anteriores (**Escriba con letra imprenta**; adjunte páginas adicionales si es necesario):

a. Empleo anterior (nombre, dirección y número de teléfono de cada empleador actual):

Salario bruto (sin deducciones) \$ _____

(por hora diario semanal bisemanal mensual anual)

b. Otras fuentes de ingresos anteriores:

Tipo _____

Cantidad de ingresos \$ _____

(por hora diario semanal bisemanal mensual anual)

12. Indique sus gastos de cuidado infantil y los gastos educativos de su(s) hijo(s), si los hubiere (**escriba con letra imprenta** y adjunte la documentación de respaldo, es decir, copias de las facturas o una carta del proveedor de cuidado infantil):

a. Cuidado infantil para niños mientras la persona que tiene la custodia está empleada o recibe educación primaria, secundaria o superior o capacitación vocacional:

\$ _____

(por hora diario semanal bisemanal mensual anual)

Nombres de los niños en cuidado infantil:

b. Cuidado infantil para niños mientras la parte con la custodia busca empleo:

\$ _____

(por hora diario semanal bisemanal mensual anual)

Nombres de los niños en cuidado infantil:

c. Gastos educativos para los niños:

\$ _____

(por hora diario semanal bisemanal mensual anual)

Nombre de los niños con gastos educativos:

Escriba con letra imprenta la siguiente información:

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Cód. postal

(____)_____
Número de teléfono durante el día

(____)_____
Número de teléfono durante la noche

XXX-XX-_____
Número de seguro social

Declaración:

«Por la presente suscribo y afirmo so pena de perjurio, que la información proporcionada en esta declaración y la documentación de respaldo que consiste en _____ páginas que se incluyen con esta declaración, ha sido examinada por mí y, a mi leal saber y entender, es verdadera y correcta».

Su firma

Fecha

Devuelva esta declaración completa a la unidad de cumplimiento de manutención infantil a la siguiente dirección:

Importante: asegúrese de incluir toda la documentación de respaldo para esta declaración, así como todos los demás documentos que debe presentar.