

# Declaración de Ingresos y Gastos (Debe llenarla si su solicitud es por motivos de custodia.)

Use tinta negra únicamente.

## Información personal

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Número de teléfono durante el día \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Identificador(es) de caso de Nueva York y condado para todos los casos de manutención que involucran a los niños que ahora están bajo su custodia:

ID \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_  
ID \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Debe enviar las copias de este formulario a cada condado al que solicite una revisión de la cantidad adicional.

## Información de ingresos

Ingreso bruto anual \$ \_\_\_\_\_

Casado  Sí  No Si está casado, indique el ingreso bruto anual de su cónyuge \$ \_\_\_\_\_

## Información de gastos familiares

Para los gastos que paga por semana, multiplique la cantidad semanal por 4.3 para obtener el pago mensual. Debe enumerar los gastos incluidos en "Otros" por separado con sus respectivas cantidades en dólares. Adjunte hojas adicionales si es necesario. Proporcione comprobantes de sus gastos si cuenta con ellos, por ejemplo: cheques de alquiler o hipotecarios cancelados, facturas de servicios públicos o recibos. **Enumere los gastos mensuales:**

1. Vivienda: alquiler, hipoteca, impuestos inmobiliarios, cuotas de asociación, cargos de condominio, mantenimiento cooperativo de apartamentos 1. Total \$ \_\_\_\_\_
2. Servicios públicos: fueloil, gas, electricidad, teléfono, agua 2. Total \$ \_\_\_\_\_
3. Alimentos: comestibles, almuerzos para la escuela 3. Total \$ \_\_\_\_\_
4. Pagos de manutención infantil, pensión alimenticia y pagos de mantenimiento 4. Total \$ \_\_\_\_\_
5. Ropa 5. Total \$ \_\_\_\_\_
6. Lavandería: lavandería, tintorería 6. Total \$ \_\_\_\_\_
7. Seguros: de vida, propietario/inquilino, contra incendio, robo y responsabilidad civil, automóvil, póliza general, plan médico, plan dental, plan óptico, plan de medicamentos recetados, discapacidad 7. Total \$ \_\_\_\_\_
8. Gastos de salud no reembolsables: médicos, dentales, ópticos, recetas médicas 8. Total \$ \_\_\_\_\_
9. Automotor: pagos de arrendamiento o préstamo, gasolina y combustible, estacionamiento y peajes  
Año: \_\_\_\_\_ Marca: \_\_\_\_\_ Personal: \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_  
Año: \_\_\_\_\_ Marca: \_\_\_\_\_ Personal: \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_  
Año: \_\_\_\_\_ Marca: \_\_\_\_\_ Personal: \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_ 9. Total \$ \_\_\_\_\_
10. Impuestos a las ganancias: federal, estatal, municipal, Seguro Social y Medicare 10. Total \$ \_\_\_\_\_
11. Varios: cuotas sindicales y de organización, pagos de préstamos, gastos comerciales no reembolsados 11. Total \$ \_\_\_\_\_
12. Otros: Enumere 12. Total \$ \_\_\_\_\_  
1. \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

TOTAL DE GASTOS: \$ \_\_\_\_\_

Statement of Income and Expenses-SP 08/22

Solo a modo de referencia