



MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
 DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES
 DIVISIÓN PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA MANUTENCIÓN DE MENORES (DIVISION OF CHILD SUPPORT ENFORCEMENT, DCSE)

Declaración financiera

El propósito de la declaración financiera es determinar el monto de manutención de menores que se adapta a su caso. Es importante que devuelva este documento con los comprobantes de ingresos y gastos dentro del plazo concedido para que obtenga el crédito adecuado en la hoja de cálculo de la obligación de manutención.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL NÚCLEO FAMILIAR/ORDEN DE MANUTENCIÓN

NÚMERO DE CASO DE LA DCSE: _____ Fecha: _____ Número de Seguridad Social: _____
 Nombre: _____ Fecha de nacimiento (dd/mm/aa) _____

Dirección postal: _____ Dirección de residencia (si es diferente) _____ Número de teléfono: _____
 Casa: _____
 Celular: _____
 Trabajo: _____

En caso de que no tenga teléfono, facilite un número donde podamos dejarle un mensaje: _____

Pariente que vive más cerca de usted:

Nombre	Parentesco	Dirección	Número de teléfono
--------	------------	-----------	--------------------

Nombre de los dependientes de este caso:

Dependientes que vivan con usted para quienes usted es pariente biológico o adoptivo:

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco
--------	---------------------	------------

Otras personas que dependan de usted en la actualidad de conformidad con una orden judicial o administrativa

Nombre	Parentesco	Dirección	Fecha de nacimiento
--------	------------	-----------	---------------------

Tipo/fecha de la orden (judicial o administrativo)	Beneficiario (por quién paga)	Monto de la orden (monto en \$\$ y frecuencia de pago)	Monto total pagado (en los últimos 6 meses)
--	-------------------------------	--	---

PARA OBTENER CRÉDITO DEBE FACILITAR COMPROBANTES DE NÓMINA, RECIBOS DEL PADRE QUE TIENE LA TUTELA U OTROS DOCUMENTOS QUE EVIDENCIE LOS PAGOS ANTERIORMENTE NOMBRADOS.

SI PAGA O RECIBE PENSIÓN CONYUGAL O ALIMENTICIA, FACILITE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Fecha de la orden	Órgano jurisdiccional emisor	Monto en \$\$ y frecuencia de pago	Pagado a/recibido de
-------------------	------------------------------	------------------------------------	----------------------

SECCIÓN B: INGRESOS/EMPLEO



NOTA: si trabaja por su cuenta, debe presentar su declaración de ingresos más reciente con inclusión de todas las tablas, así como documentación de todos los impuestos como trabajador independiente que haya pagado este año calendario. Los individuos que trabajan por su cuenta pueden tener derecho a deducciones de su ingreso mensual bruto que solo pueden determinarse si facilitan tal información.

INGRESO: el ingreso se define como salarios, remuneraciones, comisiones, derechos, bonos, dividendos, indemnización por cesantía, pensiones, intereses, ingresos de fideicomiso, anualidades, ganancias de capital, beneficios de seguridad social, beneficios de compensación a los trabajadores, beneficios de seguro de desempleo, beneficios de seguro de discapacidad, beneficios de veteranos, manutención conyugal, rentas, regalos, premios o reconocimientos.

Representante autorizado: _____

Nombre del empleador: _____ Número de teléfono: _____ Fecha de contratación: _____

Dirección del empleador: _____

Ocupación: _____ Frecuencia de pago: _____ semanal
 _____ dos veces por semana
 ¿Cuánto le pagan por hora? _____ quincenal
 _____ mensual
 (marque una)

¿Le pagan horas extras? Sí _____ No _____ Remuneración bruta por periodo de pago _____
 (si corresponde) (monto pagado antes de las deducciones que incluye la diferencia por el turno/horas extras, si corresponde)

¿Tiene un segundo empleo? Sí _____ No _____ De ser afirmativa la respuesta, introduzca a continuación la información de su segundo empleador.

Nombre del empleador: _____ Número de teléfono: _____ Fecha de contratación: _____

Dirección del empleador: _____

Remuneración bruta por periodo de pago en el segundo empleo \$ _____ Frecuencia de pago: _____ semanal
 _____ dos veces por semana
 quincenal _____ mensual
 (marque una)

¿Percibe ingresos de cualquier otra fuente? Sí _____ No _____
 Monto mensual _____

Ingreso bruto mensual actual _____
 (montos totales de todas las fuentes indicadas con anterioridad)

Ingreso total en los últimos 12 meses _____
 (Total de remuneraciones e impuestos [W-2])

IMPORTANTE: anexe copias de sus tres recibos de nómina más recientes o una declaración por escrito de su(s) empleador(es) donde se verifique el promedio de sus ingresos mensuales brutos.

Empleos y periodos de desempleo anteriores: enumere a todos los empleadores y los periodos de desempleo que haya tenido en los últimos 12 meses.

Nombre	Dirección	Ingreso bruto mensual	Fechas de empleo
_____	_____	_____	_____



SECCIÓN C: PÓLIZA DE SALUD

¿Cuenta con alguna póliza de salud en su lugar de trabajo? Sí_____ No_____

¿Tiene una póliza de salud? Sí_____ No_____

¿Se incluye a los menores de este caso en la póliza? Sí_____ No_____

Nombres y relación/parentesco con otras personas a quienes cubra esta póliza:

Nombre de la compañía de seguros _____ N°. de póliza _____

¿Tiene una póliza odontológica? Sí_____ No_____ ¿Se incluye a los menores de este caso en la póliza? Sí_____ No_____

Nombre de la compañía de seguros y N°. de póliza si difiere de la póliza de salud

En caso de que su empleador no provea póliza de salud u odontológica, ¿tiene alguna por medio de otros grupos u organizaciones o su sindicato? Sí_____ No_____

(De ser afirmativa la respuesta, ¿cuál grupo?) _____

FACILITE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SI USTED TIENE UNA PÓLIZA O SI SU EMPLEADOR U OTRO GRUPO U ORGANIZACIÓN LE OFRECE COBERTURA DE SEGURO (debe facilitar la información para obtener crédito por el costo que origina proveer la cobertura):

Costo de la póliza de salud: Solo el empleado \$ _____ por _____
 Empleado más 1 persona \$ _____ por _____
 Empleado más familia \$ _____ por _____

Costo de póliza odontológica: Solo el empleado \$ _____ por _____
 Empleado más 1 persona \$ _____ por _____
 Empleado más familia \$ _____ por _____

SECCIÓN D: GASTOS DE CUIDADOS DE DEPENDIENTES

Enumere la información de la persona que cuida a los menores solo si usted trabaja:

Proveedor de cuidados infantiles	Número de teléfono	Monto que paga	Frecuencia
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Paga el Departamento de Servicios Sociales alguna parte de sus gastos de cuidados de dependientes? Sí_____ No_____

De ser afirmativa la respuesta, monto que paga _____ frecuencia del pago _____

SECCIÓN E: PROPIEDADES Y RECURSOS

¿Paga alquiler? Sí_____ No_____ Nombre, dirección y número de teléfono de su arrendador: _____

¿Posee total o parcialmente alguno de los bienes que se nombran a continuación? (indique cuánto, si la pertenencia es parcial)

Bienes raíces: (Terreno o construcciones) Sí_____ No_____	Precio de mercado justo	Ubicación
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Monto adeudado sobre la propiedad: \$ _____ Titular de la hipoteca:

¿La propiedad genera ingresos? Sí_____ No_____

Monto o utilidad anual: _____



NÚMERO DE CASO DE LA DCSE: _____

Vehículos a motor, casas rodantes, botes y equipo agropecuario:

Año, marca, modelo	Número de licencia	Monto adeudado	Titular del derecho de retención
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Otros bienes: ____ No ____ Sí (explique)

Cuentas bancarias: ____ No ____ Sí (explique)

Nombre y ubicación del banco o cooperativa de ahorro y préstamo	Tipo de cuenta	Número de cuenta	Saldo
	____ Corriente	____ Ahorro	
	____ Corriente	____ Ahorro	

SECCIÓN F: LICENCIAS PROFESIONALES

¿Tiene alguna licencia profesional/ocupacional/comercial? Sí ____ No ____ Si la respuesta es sí, ¿de qué tipo? _____

Número de licencia de conducir: _____ Fecha de emisión: _____

¿Tiene alguna licencia recreativa? Sí ____ No ____ Agente emisor: _____

Por la presente certifico, bajo pena de perjurio, que las declaraciones que hice en este documento son ciertas y correctas, como lo establece la Sección 63.2-502 del Código de Virginia. Estoy de acuerdo además en notificar inmediatamente cualquier cambio en mis ingresos o gastos a la oficina para el cumplimiento de la manutención de menores de mi distrito.

Firma _____

Fecha _____

LAS DECLARACIONES FINANCIERAS DE LOS PADRES QUE NO TIENEN LA TUTELA Y DE QUIENES LA TIENEN DEBEN PRESENTARSE, A PETICIÓN, ANTE EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES EN TANTO EXISTA UNA DEUDA CON EL DEPARTAMENTO O UNA AUTORIZACIÓN A QUE EL DEPARTAMENTO RECAUDE O HAGA CUMPLIR UNA OBLIGACIÓN DE MANUTENCIÓN, DE CONFORMIDAD CON LA SECCIÓN 63.2-1919 DEL CÓDIGO DE VIRGINIA. EL INCUMPLIMIENTO EN LA DEVOLUCIÓN DE ESTA DECLARACIÓN FINANCIERA PUEDE AFECTAR NEGATIVAMENTE SU OBLIGACIÓN DE MANUTENCIÓN DE MENORES. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA SECCIÓN SE CONSIDERARÁ UN DELITO DE CLASE IV.

AVISO: la Sección 7 de la Ley de Privacidad (Código de Estados Unidos [United States Code, USC] 5 y la Sección 466(a)(13) de la Ley de Seguridad Social [(42 USC 666(a)(13)] exigen que todos los individuos sujetos a orden de manutención de menores faciliten su número de seguridad social. Tales números se archivarán en los expedientes del caso y solo se utilizarán para ubicar a los individuos a fin de que se determine la paternidad y se establezcan, modifiquen y hagan cumplir las obligaciones de manutención