



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 \_\_\_\_\_Nº. 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 Nº. 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:

Table with 4 columns: 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: Precio de mercado justo Ubicación
(Terreno o construcciones) Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

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
	<input type="checkbox"/> Corriente	<input type="checkbox"/> Ahorro	
	<input type="checkbox"/> Corriente	<input type="checkbox"/> 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**