

ESTADO DE VERMONT

TRIBUNAL SUPERIOR
Unidad

DIVISIÓN DE FAMILIA
N.º de caso

Empty rectangular box for case information.

Table with 4 columns: Nombre del demandante, Fecha de nacimiento, Nombre del acusado, Fecha de nacimiento. Includes a 'V.' label in the second column.

DECLARACIÓN JURADA FINANCIERA
(400-813A)

Yo soy: [ ] Demandante [ ] Acusado [ ] Otro: \_\_\_\_\_

Form with fields for: Nombre, Dirección de residencia, Dirección postal, Pueblo/ciudad, Estado, Código postal, Número de teléfono (día/noche), Dirección de correo electrónico.

INSTRUCCIONES: Debe completar y presentar el formulario 813A si:

- 1. Usted es parte de un nuevo divorcio, disolución de la unión civil, separación legal, anulación o acción de filiación y usted y la otra parte tienen hijos menores; O
2. Usted o la otra parte pretenden modificar una orden previamente emitida relativa a la manutención de los hijos o del cónyuge (pensión alimenticia); O
3. Usted es la persona obligada a pagar la manutención y se ha presentado una demanda de ejecución en su contra; O
4. Su hijo está bajo la custodia del Departamento de Niños y Familias, y se le ha solicitado ayuda; O
5. El Tribunal le ordena que complete y presente este formulario o la otra parte solicita que complete el formulario como parte del proceso de descubrimiento.

PLAZO DE PRESENTACIÓN: Este formulario debe presentarse ante el tribunal en su primera conferencia con el administrador del caso o antes. Si no se ha programado ninguna conferencia, debe presentarse al menos siete (7) días antes de la primera audiencia judicial programada.

DEBE ENVIAR UNA COPIA DE SU FORMULARIO COMPLETADO A LA OTRA PARTE AL MISMO TIEMPO QUE LO PRESENTA AL TRIBUNAL.

Cuando haya completado el formulario y rellenado toda la información requerida, debe firmar la sección de afirmación que aparece a continuación y hacer que su firma sea certificada por un notario.

AFIRMACIÓN

He leído y completado toda la información solicitada. Por la presente, afirmo por mi propio conocimiento que los hechos y la información financiera que he declarado son verdaderos y correctos en la fecha de esta afirmación y que no estoy omitiendo ninguna fuente ni cantidad de ingresos u otra información solicitada en este formulario. Entiendo que cualquier información falsa puede constituir perjurio de mi parte. También entiendo que si no proporciono la información requerida o doy información errónea, el juez puede ordenar sanciones en mi contra.

Firma de la persona que hace la declaración jurada

Lo juro ante mí el \_\_\_\_\_

Firma del notario público

Mi comisión vence: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN I - INGRESOS

NOMBRE y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	SEGUNDO EMPLEADOR

- Trabajo como autónomo (propietario único, sociedad, d/b/a) en \_\_\_\_\_
- Actualmente no tengo empleo porque \_\_\_\_\_

**A. INGRESOS MENSUALES BRUTOS DEL EMPLEO** - Ingresos antes de cualquier deducción por impuestos sobre la nómina o los beneficios. (Si sus ingresos varían a lo largo del año, calcule sus ingresos anuales y divídalos por doce para obtener sus ingresos mensuales en cada una de las categorías siguientes).

**Para calcular los importes MENSUALES de las nóminas:**

- Si le pagan semanalmente, multiplique el salario semanal promedio por 4.333
- Si le pagan cada dos semanas, multiplique el salario quincenal promedio por 2.165
- Si le pagan dos veces al mes, multiplique el salario quincenal promedio por 2

**ADJUNTE LOS 4 TALONES DE CHEQUE DE PAGO MÁS RECIENTES.**

1. SUELDO O SALARIO

He incluido las horas extras  Sí  No \_\_\_\_\_

2. PROPINAS, COMISIONES, BONOS, REGALÍAS \_\_\_\_\_

3. INGRESOS POR EMPLEO AUTÓNOMO \_\_\_\_\_

(Complete el anexo de empleo autónomo en la página 11 o adjunte el ANEXO C del IRS de la declaración de impuestos)

4. GASTOS PERSONALES PAGADOS POR EL EMPLEADOR \_\_\_\_\_

(por ejemplo: teléfono celular, automóvil, asignación de vivienda, comidas, asignaciones militares)

Ingresos totales del empleo \_\_\_\_\_

**B. OTRAS FUENTES DE INGRESOS (indique la cantidad mensual)**

1. INGRESOS POR RENTAS \_\_\_\_\_

(Complete el anexo de ingresos por rentas en la página 10 o adjunte el ANEXO E DEL IRS de la declaración de impuestos)

2. JUBILACIÓN/PENSIONES \_\_\_\_\_

3. PRESTACIONES DEL SEGURO DE DESEMPLEO \_\_\_\_\_

4. SEGURO POR DISCAPACIDAD y/o INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE LABORAL \_\_\_\_\_

5. PRESTACIONES DEL SEGURO SOCIAL (especificar tipo \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

6. PRESTACIONES PARA VETERANOS \_\_\_\_\_

7. INGRESOS POR INTERESES O DIVIDENDOS \_\_\_\_\_

8. INGRESOS DE FIDEICOMISOS O RENTAS ANUALES \_\_\_\_\_

9. REGALOS O PREMIOS (incluidos los premios de lotería) \_\_\_\_\_

10. MANUTENCIÓN CONYUGAL (pensión alimenticia) \_\_\_\_\_

(De la otra parte en esta acción)

11. MANUTENCIÓN CONYUGAL (pensión alimenticia) \_\_\_\_\_

(De una persona que no sea parte en esta acción)

12. OTRO: Especifique \_\_\_\_\_

(Por ejemplo, ganancias de capital)

Total de ingresos de otras fuentes \_\_\_\_\_

**INGRESOS TOTALES MENSUALES**

\_\_\_\_\_ (Empleo y otras fuentes)

## SECCIÓN II - PRESTACIONES PÚBLICAS

**¿RECIBE PRESTACIONES PÚBLICAS?**

Sí

No

Si la respuesta es afirmativa, marque todas las casillas que correspondan e indique el importe en dólares, si procede

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Reach Up, RUFA, TANF _____           | <input type="checkbox"/> Asistencia general _____     | <input type="checkbox"/> SSI                         |
| <input type="checkbox"/> Dr. Dynasaur                         | <input type="checkbox"/> Medicaid/Medicare            | <input type="checkbox"/> VHAP                        |
| <input type="checkbox"/> Asistencia para el combustible _____ | <input type="checkbox"/> Asistencia alimentaria _____ | <input type="checkbox"/> Asistencia para la vivienda |

## SECCIÓN III - INGRESOS/GASTOS DE HIJOS MENORES

"Hijos menores" son los menores de 18 años o los mayores de 18 años que todavía están en la escuela secundaria.

### A. ENUMERE TODOS LOS HIJOS MENORES QUE TENGA CON LA OTRA PARTE

NOMBRE	Fecha de nacimiento	Vivienda principal actual

### B. ENUMERE TODOS LOS DEMÁS HIJOS MENORES DE EDAD A LOS QUE MANTIENE

NOMBRE	Fecha de nacimiento	Relación con usted	Vivienda principal actual

### C. ENUMERE TODOS LOS HIJOS POR LOS QUE SE LE HA ORDENADO PAGAR LA MANUTENCIÓN

NOMBRE	Cantidad solicitada	Cantidad pagada	Estado/condado de la orden

**D. SEGURO DE SALUD DISPONIBLE A TRAVÉS DE SU EMPLEO:**

Debe completar este párrafo si *puede obtener este tipo de seguro a través de su trabajo, incluso si sus hijos no están inscritos*. Consulte con su Departamento de Nómina o Recursos Humanos para obtener el importe de su aporte mensual de nómina al costo.

COSTO MENSUAL TOTAL DEL SEGURO MÉDICO FAMILIAR PARA EL EMPLEADO \_\_\_\_\_

COSTO MENSUAL TOTAL DE DOS PERSONAS PARA EL EMPLEADO \_\_\_\_\_

COSTO MENSUAL TOTAL DE LA COBERTURA INDIVIDUAL PARA EL EMPLEADO \_\_\_\_\_

¿ESTÁN LOS HIJOS DE ESTA ACCIÓN INSCRITOS EN SU PLAN?  Sí  No

**E. SUS GASTOS DE CUIDADO DE LOS HIJOS DE ESTA RELACIÓN**

(Si los importes mensuales cambian durante el año, utilice el importe total anual dividido por 12)

GASTOS MENSUALES DE CUIDADO DE LOS HIJOS (antes del subsidio) \_\_\_\_\_

SUBSIDIO \_\_\_\_\_

GASTOS DE BOLSILLO (Costos totales menos subsidio) \_\_\_\_\_

Transfiera los gastos de bolsillo a la página 9, línea 51.

**F. SUS GASTOS EXTRAORDINARIOS PARA LOS HIJOS DE ESTA RELACIÓN**

	Tipo de gasto	Costo por mes
Gastos médicos no asegurados del hijo		
Gastos educativos del hijo		
Gastos de necesidades especiales del hijo		

**G. INGRESOS MENSUALES PERCIBIDOS POR UN HIJO DE ESTA RELACIÓN**

FUENTE DE INGRESOS	Nombre del niño	Importe
1. PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD		
2. PRESTACIONES DEL SEGURO SOCIAL		
3. OTRO		
Nombre del progenitor que recibe la prestación del hijo: _____		

## SECCIÓN IV - PRÉSTAMOS Y DEUDAS

### PRÉSTAMOS

#### A. Préstamos para vivienda principal:

Tipo de préstamo	Prestamista	Saldo pendiente de pago	Pago mensual	Marque aquí si es USTED quien realiza este pago
1. Vivienda principal				<input type="checkbox"/>
2. Segunda hipoteca				<input type="checkbox"/>
3. Patrimonio neto de la vivienda				<input type="checkbox"/>
Total de vivienda principal				<input type="checkbox"/>

Transfiera el total del pago mensual a la página 7, línea 1

#### B. Otros préstamos inmobiliarios - NO incluya los préstamos a empresas o a propiedades en alquiler

Descripción de la propiedad	Prestamista	Saldo pendiente de pago	Pago mensual	Marque aquí si es USTED quien realiza este pago
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
Total de otros bienes inmuebles				<input type="checkbox"/>

Transfiera el total del pago mensual a la página 8, línea 38

#### C. Préstamos para vehículos

Tipo de vehículo (Año, marca, modelo)	Prestamista	Saldo pendiente de pago	Pago mensual	Marque aquí si es USTED quien realiza este pago
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
Total de préstamos para vehículos				<input type="checkbox"/>

Transfiera el total del pago mensual a la página 7, línea 14

#### D. Otros préstamos

Tipo de préstamo	Prestamista	Saldo pendiente de pago	Pago mensual	Marque aquí si es USTED quien realiza este pago
Préstamo personal				<input type="checkbox"/>
Préstamo escolar/universitario				<input type="checkbox"/>
Otro				<input type="checkbox"/>
Otro				<input type="checkbox"/>
Total				<input type="checkbox"/>

Transfiera el total del pago mensual a la página 8, línea 38

#### DEUDAS

##### A. Deudas de tarjetas de crédito

Titular de la tarjeta	Empresa	Saldo pendiente de pago	Pago mensual	Marque aquí si es USTED quien realiza este pago
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
Total				<input type="checkbox"/>

Transfiera el total del pago mensual a la página 8, línea 43

##### B. Otras deudas (por ejemplo, embargos fiscales, facturas de hospital, cuentas de cobro)

Tipo de deuda	Empresa/entidad a la que se le debe	Saldo adeudado	Pago mensual si corresponde	Marque aquí si es USTED quien realiza este pago
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
Total				<input type="checkbox"/>

Transfiera el total del pago mensual a la página 8, línea 38

## SECCIÓN V - GASTOS

### GASTOS MENSUALES:

Enumere sus gastos mensuales. Para los gastos que no se pagan mensualmente, tome el importe anual y divídalo por 12. Si el importe pagado cambia de un mes a otro, utilice el importe anual dividido por 12.

<b>GASTOS DEL HOGAR</b>	Importe que paga usted	Importe que paga otra persona	Total del hogar
1. Alquileres o hipotecas, incluidos los préstamos con garantía hipotecaria			
2. Impuestos de propiedad			
3. Seguro del propietario o del inquilino			
4. Electricidad			
5. Teléfono (fijo y celular)			
6. Agua			
7. Gas para el hogar			
8. Aceite, leña u otro combustible no mencionado anteriormente			
9. Corte de césped, barrido, recolección de basura			
10. Comestibles			
11. Cable/Internet			
12. Lavandería/tintorería			
13. Mantenimiento/repación			
<b>TOTAL DE GASTOS DEL HOGAR</b>			

<b>GASTOS DEL VEHÍCULO</b>	Importe que paga usted	Importe que paga otra persona	Total del hogar
14. Total de préstamos para vehículos			
15. Seguro del coche			
16. Gas			
17. Mantenimiento/repaciones			
18. Patente			
<b>TOTAL DEL VEHÍCULO</b>			

<b>GASTOS DE SEGURO</b>	Importe que paga usted	Importe que paga otra persona	Total del hogar
19. Seguro de vida			
20. Seguro por discapacidad			
21. Seguro de salud			
22. Seguro odontológico/oftalmológico			
<b>TOTAL DE SEGURO</b>			

<b>SUS GASTOS PERSONALES</b>	Importe que paga usted	Importe que paga otra persona	Total
23. Gastos médicos no asegurados			
24. Ropa/calzado			
25. Artículos de tocador/cosméticos			
26. Comidas/refrigerios fuera de casa			
27. Cuidado del cabello			
28. Revistas, periódicos, libros y otro material de lectura			
29. Tabaco y alcohol			
30. Gastos de veterinario y otros gastos de mascotas			
31. Entretenimiento (películas, bolos, museos, etc.)			
32. Regalos para otros			
33. Contribuciones benéficas			
34. Vacaciones			
35. Cuotas sindicales			
36. Contribución mensual al ahorro			
37. Contribución mensual a fondos de jubilación (401K, IRA, etc.)			
38. Pagos mensuales de préstamos y deudas ( <i>no incluya préstamos de la vivienda principal, tarjetas de crédito ni pagos de vehículos</i> )			
39. Gastos de los hijos que viven con usted pero no son de esta relación			
40. Manutención infantil ordenada por el Tribunal que usted paga por los hijos de otra relación			
41. Manutención conyugal ordenada por el Tribunal (pensión alimenticia) que usted paga			
42. Varios (enumérelos en una hoja aparte y complete el total aquí)			
<b>GASTOS PERSONALES TOTALES</b>			
<b>DEUDAS DE TARJETAS DE CRÉDITO</b>	Importe que paga usted	Importe que paga otra persona	Total
43. Pagos mensuales totales de las tarjetas de crédito			
	Importe que paga usted	Importe que paga otra persona	Total
<b>TOTAL DE LOS GASTOS</b> del hogar, del vehículo, del seguro, de los gastos personales y de las tarjetas de crédito			



**PAGOS DE IMPUESTOS SOBRE LA RENTA**

<b>RETENCIONES MENSUALES DE LA NÓMINA O IMPUESTOS ESTIMADOS</b>	
44. FEDERAL	
45. FICA	
46. MEDICARE	
47. ESTADO DE VERMONT	
48. OTROS IMPUESTOS RETENIDOS/PAGADOS	

**GASTOS DE LOS HIJOS**

<b>GASTOS MENSUALES DE LOS HIJOS DE ESTA RELACIÓN QUE PAGA USTED</b>	
49. Ropa y calzado	
50. Pañales	
51. Gastos de cuidado de niños relacionados con su empleo (incluido el cuidado de niños para la educación relacionada con el empleo)	
52. Almuerzos escolares	
53. Material escolar	
54. Honorarios/gastos de actividades especiales (por ejemplo, clases de piano, deportes)	
55. Campamento de verano	
56. Matrícula de escuela privada	
57. Gastos médicos/odontológicos no asegurados	
58. Manutención infantil que paga por los hijos de esta relación	
59. Varios: Detállelos a continuación.	
Varios 1	
Varios 2	
Varios 3	
Varios 4	
<b>TOTAL DE GASTOS MENSUALES POR HIJOS</b>	

ADJUNTO DE INGRESOS POR ALQUILERES (Anexo E) A.

RENTA ANUAL RECIBIDA

Línea A

**B. GASTOS ANUALES DE ALQUILER**

1. Limpieza y mantenimiento	
2. Comisiones	
3. Seguro	
4. Honorarios de abogados y otros profesionales	
5. Intereses hipotecarios pagados a los bancos	
6. Otros intereses	
7. Reparaciones	
8. Suministros	
9. Impuestos	
10. Servicios públicos	
11. Sueldos y salarios	
12. Otros (enumérelos) a. _____	
b. _____	
c. _____	
d. _____	
13. Gastos de depreciación	
GASTOS ANUALES TOTALES (sume las líneas 1 a 13)	
INGRESOS ANUALES TOTALES (línea A menos línea B)	
INGRESOS MENSUALES TOTALES (línea C dividida por 12)	

Línea B

Línea C

**Ingrese esta cantidad en la  
página 2, B. línea 1,  
Sección I) del Formulario 813A**

**A. INGRESOS O VENTAS BRUTOS MENSUALES**

--

**B. GASTOS MENSUALES DE LA EMPRESA**

1. Costo de las mercancías vendidas o de la explotación		14. Gastos y suministros de oficina	
2. Publicidad		15. Lavandería y limpieza	
3. Deudas incobrables por ventas o servicios		16. Plan de pensiones o de participación en los beneficios	
4. Gastos de automóvil: Gas _____ Seguro _____ Mantenimiento _____ Patente _____		17. Alquiler de inmuebles comerciales alquilados	
		18. Maquinaria o equipos	
		19. Otros bienes comerciales	
		20. Reparaciones	
5. Comisiones		21. Suministros	
6. Agotamiento		22. Impuestos	
7. Depreciación		23. Viajes	
8. Cuotas y publicaciones		24. Comidas y entretenimiento	
9. Programa de beneficios para empleados		25. Servicios públicos y teléfono	
10. Seguro ( <i>distinto del de salud</i> ) ( <i>especifique</i> ) a.		26. Salarios	
b.		27. Otros ( <i>enumere y especifique</i> ) a.	
11. Intereses pagados por la hipoteca ( <i>a los bancos</i> )		b.	
12. Otro pago de intereses ( <i>especifique</i> )		c.	
13. Servicios legales y profesionales		d.	
		e.	
		f.	
		g.	
		<b>TOTAL DE GASTOS MENSUALES DE LA EMPRESA (Sume las líneas 1 a 27)</b>	
		INGRESOS NETOS MENSUALES DE LA EMPRESA (ingresos brutos/ventas menos gastos)	

**Ingrese esta cantidad en la página 2 A línea 3 (Sección I) del Formulario 813A**