

ESTADO DE VERMONT

TRIBUNAL SUPERIOR
Unidad

DIVISIÓN DE FAMILIA
N.º del expediente

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
(400-00813S)
No divorcio

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 400-00813S si:

- 1. Usted es parte en un caso de filiación recién presentado; O
2. 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 _____ Mi comisión vence: _____

Firma del notario público

1. Yo soy el Demandante Acusado Otro _____

2. El nombre y la dirección de mi empleador son: _____

Trabajo como autónomo en _____

Actualmente no tengo empleo porque _____

3. Mis **ingresos mensuales brutos** (antes de impuestos y deducciones) son los siguientes:

Si le pagan semanalmente, multiplique el importe semanal por 4.333.

Si le pagan cada dos semanas, multiplique el importe quincenal por 2.165.

Si su ingreso varía a lo largo del año, divida su ingreso anual por 12.

Tipo de ingresos	Importe
Sueldo y salarios <input type="checkbox"/> Esto incluye las horas extras	\$
Gastos pagados por el empleador	\$
Empleo autónomo <i>*Si es un trabajador autónomo, debe adjuntar la hoja de trabajo para trabajadores autónomos o el Anexo C del IRS</i>	\$
Prestaciones por desempleo	\$
Prestaciones del seguro social Tipo _____	\$
Prestaciones para veteranos	\$
Manutención conyugal/pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Esto es de la otra parte en este caso	\$
Seguro por discapacidad o indemnización por accidente laboral	\$
Otra(s) fuente(s) de ingresos (propinas, ingresos por alquiler, regalos, intereses, prestaciones de jubilación, etc. Enumere a continuación o adjunte una hoja aparte)	\$
INGRESOS MENSUALES BRUTOS TOTALES	\$

4. Recibo asistencia pública en Sí No Si la respuesta es afirmativa, indique el tipo y el importe mensual: \$_____.

5. Tengo los siguientes hijos que no están con la otra parte en este caso:

Nombre	Fecha de nacimiento	Dirección de residencia principal actual
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

6. Estoy obligado por el Tribunal a pagar las siguientes cantidades mensuales:

Tipo	Cantidad solicitada	Cantidad pagada	Tribunal emisor
Manutención de otros hijos	\$ _____	\$ _____	
Manutención conyugal/pensión alimenticia <input type="checkbox"/> comprobar si la otra parte está en este caso	\$ _____	\$ _____	
Otro (especificar):	\$ _____	\$ _____	

7. Yo tengo no tengo seguro médico disponible a través de mi empleador (si lo tiene, complete lo siguiente):

A. Costo mensual total: Plan familiar \$ _____ Plan para 2 personas \$ _____
Plan individual \$ _____

B. El(los) hijo(s) en este caso está(n) no está(n) inscrito(s) en mi plan de seguro médico.

8. Yo sí no tengo gastos de cuidado de niños (guardería/niñera) relacionados con el empleo para el(los) niño(s) en este caso.

Si los importes cambian durante el año, utilice el importe anual dividido por 12 meses.

Costos mensuales de cuidado de niños: \$ _____ Subsidio mensual para el cuidado de niños \$ _____

Gastos de bolsillo: \$ _____

9. Gastos extraordinarios para el(los) hijo(s) en este caso (para necesidades educativas, médicas u otras necesidades especiales extraordinarias en curso, especifique el tipo de gasto y el costo por mes): _____

10. Ingresos mensuales percibidos por cualquier hijo(s) en este caso (especifique el nombre del hijo, el tipo de ingresos [seguro social, discapacidad u otros], el importe mensual y la persona que recibe la prestación en nombre del hijo): _____