

DECLARACIÓN JURADA DE RECURSOS ECONÓMICOS

JD-FM-6S-SHORT Rev. 2-16
P.B. §§ 25-30, 25a-15

ESTADO DE CONNECTICUT
TRIBUNAL DE PRIMERA INSTANCIA
www.jud.ct.gov

Para uso exclusivo del tribunal
FINAFFS



NOTIFICACIÓN DE ADA

La Rama Judicial del Estado de Connecticut cumple con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés). Si necesita un ajuste razonable acorde con la ley ADA, comuníquese con la Secretaría del tribunal o con uno de los delegados de la ADA cuyos nombres aparecen en la siguiente página web: www.jud.ct.gov/ADA.

Número de expediente

- FA - - S

Instrucciones

Utilice esta versión corta del formulario si **sus ingresos brutos anuales no superan los \$75,000** (Véase Sección I. Ingresos) y **su patrimonio neto no supera los \$75,000** (Véase Sección IV. Activos). De lo contrario, utilice la versión larga, formulario JD-FM-6-LONG.

Dirigido al Distrito Judicial de _____ En (Dirección del Tribunal) _____

Nombre del caso _____

Nombre del declarante (La persona que presenta el formulario) _____

Demandante Demandado

Certificación

Afirmo que la información contenida en esta declaración jurada y, de haberlas, en las declaraciones complementarias adjuntas, es veraz, exacta, y está completa. **Entiendo que toda declaración falsa en la información provista podría tener como resultado la imposición de sanciones y/o cargos penales en mi contra.**

I. Ingresos

1) Ingresos brutos semanales/Ingresos en efectivo y subsidios de cualquier tipo

Se calcula basándose en lo que va del año, o al menos basándose en las últimas 13 semanas. Si el cálculo se basa en menos de 13 semanas o no refleja su salario actual, debe explicar:

Cobro de ingresos: Semanal Quincenal Mensual Dos veces al mes Anual

Si los ingresos no se cobran semanalmente, ajuste la tasa semanal como sigue:

Quincenal → divida por 2	Dos veces al mes → multiplique por 2, multiplique por 12, divida por 52
Mensual → multiplique por 12, divida por 52	Anual → divida por 52

(a)	Patrono	Dirección	Salario Base:
1. trabajo	_____	_____	<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Sueldo \$ _____
2. trabajo	_____	_____	<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Sueldo \$ _____
3. trabajo	_____	_____	<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Sueldo \$ _____

Suma total del salario base de todos los trabajos \$ _____

(b) Horas extra	\$ _____	(j) Pensión alimenticia (recibida)	\$ _____
(c) Trabajo por cuenta propia	\$ _____	(k) Pensión compensatoria (recibida)	\$ _____
(d) Propinas	\$ _____	(l) Renta y otros ingresos de la propiedad	\$ _____
(e) Seguro social	\$ _____	(m) Contribuciones de miembros del hogar	\$ _____
(f) Discapacidad	\$ _____	(n) Ingreso en efectivo	\$ _____
(g) Subsidio de desempleo	\$ _____	(o) Subsidios a veteranos	\$ _____
(h) Compensación por accidentes de trabajo	\$ _____	(p) Otro:	\$ _____
(i) Asistencia pública (Prestaciones sociales, pagos de TFA)	\$ _____		

(q) Monto de ingresos brutos semanales/ingresos en efectivo y subsidios (Sumar secciones a hasta p) \$ _____

Horas trabajadas por semana _____
Ingresos brutos anuales del año fiscal anterior. Debe proporcionar el monto de los ingresos, no las copias de los formularios..... \$ _____

Desglose aquí y explique cualquier otro ingreso, como por ejemplo: ingresos no reportados, ayuda económica de familiares, amigos, u otros: _____

2) Deducciones obligatorias (de no haber deducciones periódicas en cada cheque, indique cantidades promedio).

	Trabajo 1	Trabajo 2	Trabajo 3	Total
(1) Deducciones de impuestos federales (_____ deducciones)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(2) Seguro Social o Jubilación Obligatoria	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(3) Deducciones de impuestos estatales (_____ deducciones)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(4) Medicare	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(5) Seguro médico	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(6) Cuotas del sindicato	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(7) Orden judicial previa de pago de pensión alimenticia de menores o compensatoria/excónyuge	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(8) Total de las deducciones obligatorias (sumar secciones 1 hasta la 7)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

3) Ingresos netos semanales.....\$ _____

Restar el Monto total de deducciones obligatorias [Véase sección 1., 2), (8)] del Monto total de ingresos brutos semanales/Ingresos en efectivo y subsidios de cualquier tipo [Véase sección 1., 1), g)]

II. Gastos semanales no deducidos del sueldo

Si los gastos no se pagan semanalmente, ajuste la tasa de pago semanal como sigue:

Quincenal → divida por 2	Dos veces al mes → multiplique por 2, multiplique por 12, divida por 52
Mensual → multiplique por 12, divida por 52	Anual → divida por 52

Inserte una ("x") de **no** estar pagando los gastos, o si otra persona paga los gastos

Casa:

Alquiler o Hipoteca (*Principal, Interés* — \$ _____ *Impuestos de bienes raíces y seguro si cuenta con un depósito de plica*) \$ _____ *Impuestos sobre la propiedad y tasaciones* \$ _____

Servicios Públicos:

Combustible para calef \$ _____ *Telefono/Celular/Internet* \$ _____

Electricidad \$ _____ *Recolección de basura* \$ _____

Gas \$ _____ *T.V./Internet* \$ _____

Agua..... \$ _____

Alimentos (*no incluir cupones de alimentos*): Incluidos artículos para el hogar, fórmula, pañales \$ _____

Transporte:

Gasolina/Aceite \$ _____ *Pago o alquiler de automóvil* \$ _____

Reparaciones/Mantenimiento \$ _____ *Transporte público* \$ _____

Seguro de automóvil/Impuestos/Matrícula \$ _____

Primas de Seguro:

Médico/Dental (*Gastos no cubiertos por el Plan/Cuenta de Ahorros de Salud*) \$ _____ *Seguro de vida* \$ _____

Sin seguro médico/dental (*gastos extraordinarios que no están cubiertos por el seguro*) \$ _____

Ropa \$ _____

Niño(s):

Pensión alimenticia de este caso \$ _____ *Gastos de guardería (después de deducciones, créditos y subsidios).....* \$ _____

Pensión alimenticia de otro caso (*adjuntar copia de la orden*) \$ _____ *Actividades para niños (por ej., lecciones, deportes, etc.)* \$ _____

Pensión Compensatoria que se paga a este cónyuge \$ _____ *Pensión Compensatoria que se paga a otro cónyuge* \$ _____

Gastos extraordinarios de viaje para visitar a los niños \$ _____

Otros (*Especificar*): \$ _____

Monto total de gastos semanales no deducidos del sueldo \$ _____

III. Pasivos (Deudas)

No incluya gastos listados arriba. No incluya el saldo hipotecario actual o de préstamos enumerados en la sección de "Activos".

Nombre del Acreedor/Tipo de Deuda	Saldo a pagar	Fecha que contrajo la deuda/renovable	Pago semanal
Tarjeta de crédito, crédito de consumo, impuesto, cuidado médico, otras deudas			
	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	\$ _____	\$ _____
	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	\$ _____	\$ _____

	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	\$		\$
	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	\$		\$
	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	\$		\$

(A) Monto total de pasivos (Saldo total a pagar en deudas) \$

(B) Monto total del gasto semanal de pasivos \$

IV. Activos

Nota: Bajo "Titularidad" indique S si es individual, JTS si es conjunta con su cónyuge y JTO si es conjunta con otras personas. Deberá completar la última columna a la derecha "Monto a su favor" donde corresponda.

A. Bienes raíces (incluya tiempo compartido)

Dirección	Titularidad			a. Valor justo de Mercado (estimado)	b. Saldo hipotecario actual	c. Línea de crédito con garantía hipotecaria y otros gravámenes	d. Patrimonio neto (d = a menos (b + c))	e. Valor estimado de los intereses
	S	JTS	JTO					
Casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$	\$	\$	\$
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$	\$	\$	\$
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$	\$	\$	\$
Monto total neto de bienes inmuebles:								\$

B. Vehículos de Motor

Año	Marca	Modelo	Titularidad			a. Valor	b. Saldo a Pagar	c. Patrimonio neto (c = a menos b)	e. Valor estimado de los intereses
			S	JTS	JTO				
1:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$	\$	\$
2:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$	\$	\$
Monto total neto de vehículos motorizados:								\$	

C. Cuentas bancarias

No incluir cuentas tuteladas o activos de los niño(s) - completar la Sección V. abajo.

Institución	Número de cuenta (solo 4 últimos números)	Titularidad			Saldo actual/ Valor	e. Valor estimado de los intereses
		S	JTS	JTO		
Cuenta corriente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$
Cuenta de ahorros		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$
Otros		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$
Monto total neto de cuentas bancarias:					\$	

D. Acciones, bonos, fondos de inversión

Compañía	Número de cuenta (solo 4 últimos números)	Beneficiarios inscritos	Saldo actual/ Valor
			\$
			\$
Monto total neto de acciones, bonos, fondos de inversión:			\$

E. Seguro (excluir menores) D = Discapacidad L = Vida

Nombre del Asegurado(s)	D	L	Compañía	Número de cuenta (solo 4 últimos números)	Beneficiarios inscritos	Saldo actual/ Valor
						\$
						\$
Monto neto de seguros:						\$

F. Planes de jubilación (pensiones en interés, cuenta individual de jubilación (IRA), 401K, Keogh, etc.)

Tipo de Plan	Nombre del plan/ banco/ compañía	Número de cuenta (solo 4 últimos números)	Beneficiarios inscritos	¿Recibe pagos?	Saldo actual/ Valor
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$
Monto total neto de planes de jubilación:					\$

G. Participación en Negocio/ Trabajo por cuenta propia

Si usted tiene participación en un negocio, o trabaja por cuenta propia, complete esta sección.

Nombre del negocio	Porcentaje en propiedad	Valor
	%	\$
Monto total neto de participación en negocios/Trabajo por cuenta propia:		\$

H. Otros Activos

Nombre del activo	Saldo actual/ Valor	Nombre del activo	Saldo actual/ Valor
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$

Monto total neto de otros activos: \$

I. Valor total neto de todos los activos (Sumar desde la sección A hasta la H)..... \$

V. Activos de los Niños

Incluir cuenta normalizada de regalos a menores, Cuenta normalizada de fideicomiso para menores, Cuentas para la Universidad/ Cuenta 529, Cuentas Tuteladas, etc.

Institución	Número de cuenta (solo 4 últimos números)	Beneficiarios inscritos	Persona que controla la cuenta (Fiduciario)	Saldo actual/ Valor
				\$
				\$

Monto total neto de los activos de los niños: \$

VI. Médico (Seguro médico y dental)

Compañía	Nombre de las personas con cobertura de la póliza

¿Usted o algún miembro de su familia está cubierto por el Seguro Médico HUSKY? Sí No Lo desconozco
Si lo está, ¿quién?

Importante:

Tiene la obligación de revelar toda información de carácter económico. Liste cualquier información adicional:

Resumen (Use las cantidades que aparecen en las Secciones I hasta la IV.)

Monto total de Ingresos Semanales Netos (Véase Sección I. 3)..... \$ _____

Monto total de Gastos y Pasivos Semanales (Total de la Sección II. + III. (B))..... \$ _____

Monto total del Valor en Efectivo de los Activos (Véase Sección IV. I.)..... \$ _____

Monto total de Pasivos (Saldo Total de las Deudas) (Véase Sección III. (A))..... \$ _____

Certificación

Afirmo, so pena de perjurio, que toda declaración en la presente declaración jurada y, de haberlas, declaraciones complementarias adjuntas, es veraz, exacta, y está completa. **Entiendo que cualquier información falsa en dicha declaración podría tener como resultado la imposición de sanciones y se podrían presentar cargos penales en mi contra.**

Yo, _____ el Demandante Demandado, domiciliado en _____, con número de teléfono _____, habiendo sido debidamente juramentado, depongo y declaro que la presente es una declaración exacta de mis ingresos, mis pasivos, mis activos y mi patrimonio neto, cualquiera que sea la fuente, tipo y naturaleza y dondequiera que se encuentren.

Firma (Declarante)		Fecha
Firma (Fedatario [notary public], Comisionado del Tribunal de Primera Instancia, Secretario Auxiliar, u otro Oficial Acreditado bajo el artículo 1-24 del Código General de Connecticut)	Escriba el nombre en letra de molde y cargo de la persona que firma a la izquierda	Fecha