INSTRUCCIONES CON RESPECTO AL USO DE FORMULARIOS JUDICIALES TRADUCIDOS EN ESPAÑOL

DCSS 0637 SPA (09/11/07)

La agencia local de sustento al niño ha sido informada de que el Inglés no es su primer idioma. Por lo tanto, se proporcionan traducciones de formularios judiciales específicos como un servicio al cliente ha usted. Estos formularios incluyen información e instrucciones acerca de su caso de sustento al niño y pueden ser utilizados en acciones judiciales.

Es importante que usted comprenda sus derechos y responsabilidades para poder participar completamente en las acciones judiciales para establecer paternidad, sustento al niño, y órdenes de sustento. A usted también se le puede solicitar que proporcione información con respecto a sus ingresos y situación familiar de manera que la corte pueda determinar la cantidad correcta de sustento al niño.

Se incluyen formularios judiciales traducidos solamente para su información. La Norma Judicial 201.1 de California autoriza al Consejo Judicial a desarrollar formularios para ser utilizados en las cortes de este Estado. Los formularios adoptados por el Consejo Judicial para uso obligatorio deben ser utilizados por todos, incluyendo la agencia local de sustento al niño, y deben ser aceptados para su presentación por todas las cortes. Además, cualquier formulario presentado a la corte debe estar completado en Inglés.

Los formularios judiciales de idioma Inglés serán proporcionados al igual que la traducción al Español. Usted tiene que completar el formulario judicial de idioma Inglés con la información solicitada y devolverlo a la agencia local de sustento al niño. Por favor consulte la traducción al Español para ayudarse a completar el formulario judicial de idioma Inglés.

Para recibir ayuda en completar los formularios adjuntos usted puede contactar a la agencia local de sustento al niño. Usted también tiene el derecho de buscar consejo legal por parte de un abogado privado u oficina de servicios legales a su propio cargo. Si usted contrata a un abogado, usted tiene que informarle a la agencia local de sustento al niño. Para información y/o asistencia legal gratuita, usted puede contactar a la Oficina del Facilitador de la Ley de Familia de la Corte Suprema.

Se puede obtener información acerca de las ubicaciones de facilitadores de ley de familia y servicios de abogados disponibles por el Centro de Autoayuda de la Corte de California que se encuentra en el sitio web www.courtinfo.ca.gov/selfhelp/ o llamando a su Corte Suprema local.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor contáctenos al 1-866-901-3212 o 1-866-399-4096 TTY (para personas con impedimentos del habla/audición).

ATTORNEY OR PARTY WITHOUT ATTORNEY (Name, State Bar number, and address):	FOR COURT USE ONLY
TELEPHONE NO.: E-MAIL ADDRESS (Optional): ATTORNEY FOR (Name):	
SUPERIOR COURT OF CALIFORNIA, COUNTY OF STREET ADDRESS: MAILING ADDRESS: CITY AND ZIP CODE: BRANCH NAME:	
PETITIONER/PLAINTIFF: RESPONDENT/DEFENDANT: OTHER PARENT/CLAIMANT:	
INCOME AND EXPENSE DECLARATION	CASE NUMBER:

1. **Employment** *(Give information on your current job or, if you're unemployed, your most recent job.)*

Attach copies of your pay stubs for last two months (black out social security numbers).

a. Employer:
b. Employer's address:
c. Employer's phone number:
d. Occupation:
e. Date job started:
f. If unemployed, date job ended:
g. I work about hours per week.
h. I get paid $ gross (before taxes) ☐ per month ☐ per week ☐ per hour.

(If you have more than one job, attach an 8½-by-11-inch sheet of paper and list the same information as above for your other jobs. Write "Question 1—Other Jobs" at the top.)

2. Age and education
   a. My age is *(specify)*:
   b. I have completed high school or the equivalent: ☐ Yes ☐ No If no, highest grade completed *(specify)*:
   c. Number of years of college completed *(specify)*: ☐ Degree(s) obtained *(specify)*:
   d. Number of years of graduate school completed *(specify)*: ☐ Degree(s) obtained *(specify)*:
   e. I have: ☐ professional/occupational license(s) *(specify)*:
      ☐ vocational training *(specify)*:

3. Tax information
   a. ☐ I last filed taxes for tax year *(specify year)*:
   b. My tax filing status is ☐ single ☐ head of household ☐ married, filing separately
      ☐ married, filing jointly with *(specify name)*:
   c. I file state tax returns in ☐ California ☐ other *(specify state)*:
   d. I claim the following number of exemptions (including myself) on my taxes *(specify)*:

4. **Other party's income.** I estimate the gross monthly income (before taxes) of the other party in this case at *(specify)*: $
   This estimate is based on *(explain)*:

(If you need more space to answer any questions on this form, attach an 8½-by-11-inch sheet of paper and write the question number before your answer.) Number of pages attached: _____

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the information contained on all pages of this form and any attachments is true and correct.

Date:

_____ (TYPE OR PRINT NAME)

▶ _____ (SIGNATURE OF DECLARANT)

Form Adopted for Mandatory Use
Judicial Council of California
FL-150 [Rev. January 1, 2007]
WEBAPP

Family Code, §§ 2030–2032, 2100–2113, 3552, 3620–3634, 4050–4076, 4300–4339
www.courtinfo.ca.gov

PETITIONER/PLAINTIFF:	CASE NUMBER:
RESPONDENT/DEFENDANT:	
OTHER PARENT/CLAIMANT:	

Attach copies of your pay stubs for the last two months and proof of any other income. Take a copy of your latest federal tax return to the court hearing. *(Black out your social security number on the pay stub and tax return.)*

5. **Income** *(For average monthly, add up all the income you received in each category in the last 12 months and divide the total by 12.)*

	Last month	Average monthly
a. Salary or wages (gross, before taxes)	$	
b. Overtime (gross, before taxes)	$	
c. Commissions or bonuses	$	
d. Public assistance (for example: TANF, SSI, GA/GR) or bonuses ☐ currently receiving	$	
e. Spousal support ☐ from this marriage ☐ from a different marriage	$	
f. Partner support ☐ from this domestic partnership ☐ from a different domestic partnership	$	
g. Pension/retirement fund payments	$	
h. Social security retirement (not SSI)	$	
i. Disability: ☐ Social security (not SSI) ☐ State disability (SDI) ☐ Private insurance	$	
j. Unemployment compensation	$	
k. Workers' compensation	$	
l. Other (military BAQ, royalty payments, etc.) *(specify)*:	$	

6. **Investment income** *(Attach a schedule showing gross receipts less cash expenses for each piece of property.)*

a. Dividends/interest	$	
b. Rental property income	$	
c. Trust income	$	
d. Other *(specify)*:	$	

7. **Income from self-employment, after business expenses for all businesses** $ _____ _____

I am the ☐ owner/sole proprietor ☐ business partner ☐ other *(specify)*:

Number of years in this business *(specify)*:

Name of business *(specify)*:

Type of business *(specify)*:

Attach a profit and loss statement for the last two years or a Schedule C from your last federal tax return. Black out your social security number. If you have more than one business, provide the information above for each of your businesses.

8. ☐ **Additional income.** I received one-time money (lottery winnings, inheritance, etc.) in the last 12 months *(specify source and amount)*:

9. ☐ **Change in income.** My financial situation has changed significantly over the last 12 months because *(specify)*:

10. **Deductions**

	Last month
a. Required union dues	$
b. Required retirement payments (not social security, FICA, 401(k), or IRA)	$
c. Medical, hospital, dental, and other health insurance premiums *(total monthly amount)*	$
d. Child support that I pay for children from other relationships	$
e. Spousal support that I pay by court order from a different marriage	$
f. Partner support that I pay by court order from a different domestic partnership	$
g. Necessary job-related expenses not reimbursed by my employer *(attach explanation labeled "Question 10g")*	$

11. **Assets**

	Total
a. Cash and checking accounts, savings, credit union, money market, and other deposit accounts	$
b. Stocks, bonds, and other assets I could easily sell	$
c. All other property, ☐ real and ☐ personal *(estimate fair market value minus the debts you owe)*	$

PETITIONER/PLAINTIFF: RESPONDENT/DEFENDANT: OTHER PARENT/CLAIMANT:	CASE NUMBER:

12. **The following people live with me:**

Name	Age	How the person is related to me? *(ex: son)*	That person's gross monthly income	Pays some of the household expenses?
a.				☐ Yes ☐ No
b.				☐ Yes ☐ No
c.				☐ Yes ☐ No
d.				☐ Yes ☐ No
e.				☐ Yes ☐ No

13. **Average monthly expenses** ☐ Estimated expenses ☐ Actual expenses ☐ Proposed needs

a. Home:

(1) ☐ Rent or ☐ mortgage. . . $ _____

If mortgage:

(a) average principal: $ _____

(b) average interest: $ _____

(2) Real property taxes . . . . . $ _____

(3) Homeowner's or renter's insurance (if not included above) . . . . . $ _____

(4) Maintenance and repair . . . . . $ _____

b. Health-care costs not paid by insurance. . . $ _____

c. Child care . . . . . $ _____

d. Groceries and household supplies. . . . . $ _____

e. Eating out. . . . . $ _____

f. Utilities (gas, electric, water, trash) . . . . . $ _____

g. Telephone, cell phone, and e-mail . . . . . $ _____

h. Laundry and cleaning . . . . . $ _____

i. Clothes . . . . . $ _____

j. Education. . . . . $ _____

k. Entertainment, gifts, and vacation. . . . . $ _____

l. Auto expenses and transportation (insurance, gas, repairs, bus, etc.) . . . . . $ _____

m. Insurance (life, accident, etc.; do not include auto, home, or health insurance) . . . . . $ _____

n. Savings and investments. . . . . $ _____

o. Charitable contributions. . . . . $ _____

p. Monthly payments listed in item 14 *(itemize below in 14 and insert total here)*. . $ _____

q. Other *(specify)*: . . . . . $ _____

r. **TOTAL EXPENSES** (a–q) *(do not add in the amounts in a(1)(a) and (b))* $ _____

s. **Amount of expenses paid by others** $ _____

14. **Installment payments and debts not listed above**

Paid to	For	Amount	Balance	Date of last payment
		$	$	
		$	$	
		$	$	
		$	$	
		$	$	
		$	$	

15. **Attorney fees** *(This is required if either party is requesting attorney fees.)*:

a. To date, I have paid my attorney this amount for fees and costs *(specify)*: $

b. The source of this money was *(specify)*:

c. I still owe the following fees and costs to my attorney *(specify total owed)*: $

d. My attorney's hourly rate is *(specify)*: $

I confirm this fee arrangement.

Date:

_____ (TYPE OR PRINT NAME OF ATTORNEY)

_____ (SIGNATURE OF ATTORNEY)

PETITIONER/PLAINTIFF: RESPONDENT/DEFENDANT: OTHER PARENT/CLAIMANT:	CASE NUMBER:

CHILD SUPPORT INFORMATION

(NOTE: Fill out this page only if your case involves child support.)

16. **Number of children**
    a. I have *(specify number):* children under the age of 18 with the other parent in this case.
    b. The children spend percent of their time with me and percent of their time with the other parent.
    (If you're not sure about percentage or it has not been agreed on, please describe your parenting schedule here.)

17. **Children's health-care expenses**
    a. ☐ I do ☐ I do not have health insurance available to me for the children through my job.
    b. Name of insurance company:
    c. Address of insurance company:

    d. The monthly cost for the **children's** health insurance is or would be *(specify)*:$
    (Do not include the amount your employer pays.)

18. **Additional expenses for the children in this case** — Amount per month
    a. Child care so I can work or get job training. . . . . $ _____
    b. Children's health care not covered by insurance . . . . . $ _____
    c. Travel expenses for visitation . . . . . $ _____
    d. Children's educational or other special needs *(specify below)*: . . . . . $ _____

19. **Special hardships.** I ask the court to consider the following special financial circumstances *(attach documentation of any item listed here, including court orders)*:

	Amount per month	For how many months?
a. Extraordinary health expenses not included in 18b.	$ _____	_____
b. Major losses not covered by insurance (examples: fire, theft, other insured loss)	$ _____	_____
c. (1) Expenses for my minor children who are from other relationships and are living with me	$ _____	_____

    (2) Names and ages of those children *(specify)*:

    (3) Child support I receive for those children. . . . . $ _____

    The expenses listed in a, b, and c create an extreme financial hardship because *(explain)*:

20. **Other information I want the court to know concerning support in my case** *(specify)*:

WEBAPP

ABOGADO O PARTE SIN ABOGADO *(Nombre y Dirección postal)*: NO. DE TELÉFONO: DIRECCIÓN ELETRÓNICA *(Opcional)*: ABOGADO DE PARTE DE *(Nombre)*:	SOLAMENTE PARA USO DE LA CORTE *Sólo para información* *No entregue a la corte*
CORTE SUPERIOR DE CALIFORNIA, CONDADO DE DIRECCIÓN (CALLE): DIRECCIÓN (POSTAL): CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL: NOMBRE DE DIVISION:	
SOLICITANTE/DEMANDANTE: DEMANDADO: *Sólo para información* OTRO PADRE:	
DECLARACIÓN SOBRE INGRESOS Y GASTOS	NÚMERO DE CASO: *No entregue a la corte*

1. **Empleo** *(Complete la información abajo sobre su trabajo actual, o si usted está desempleado, su trabajo más reciente.)*

Adjunte una copia de los talones de su sueldo en los últimos dos meses (borre los números de seguro social).

a. Nombre del empleador:
b. Dirección del empleador:
c. Número de teléfono del empleador:
d. Su ocupación:
e. Fecha del comienzo de trabajo:
f. Si está desempleado, fecha que dejó de trabajar:
g. Trabajo horas por semana.
h. Me pagan $ ☐ por mes ☐ por sernana ☐ por hora (cantidad en bruto antes de las deducciones de impuestos.)

Si tiene más de un empleador, añada una hoja de papel de 8 ½ por 11 pulgadas y escriba la información de arriba para cada empleador. Escriba "Pregunta 1—0tros Empleadores" en la parte de arriba de la hoja.)

2. **Edad y Educación**
   a. Mi edad es *(especifique)*:
   b. He terminado la escuela secundaria o el equivalente: ☐ Si ☐ No Si no, el grado más alto terminado *(especifique)*:
   c. El número de años de colegio/universidad terminados *(especifique)*: ☐ Certificado/Licencia *(especifique)*:
   d. El número de años de la escuela de post-graduado *(especifique)*: ☐ Certificado/Licencia *(especifique)*:
   e. Tengo lo siguiente: ☐ Licencia profesional/ocupacional *(especifique)*:
   ☐ Entrenamiento vocacional *(especifique)*:

3. **Información de Impuestos**
   a. ☐ Hice mi última declaración de impuestos en *(especifique año)*:
   b. El estado legal que declaro en mis impuestos ☐ persona soltera ☐ cabeza de familia
   ☐ casado/a declarándome separado/a de mi esposo/a ☐ casado/a declarando junto a mi esposo/a *(especifique nombre)*:
   c. Hago mi declaración de impuestos estatales en ☐ California ☐ Otro *(especifique)*:
   d. Reclamo el siguente número de exenciones (incluyendo mi mismo/a) en los impuestos *(especifique)*:

4. **Ingreso de la Otra Parte.** Estimo que el ingreso mensual (antes de las deducciones por impuestos) de la otra parte en este caso es: $
   Esta estimación se basa en *(explique)*:

(Si usted necesita más espacio para contestar a cualquier pregunta sobre este formulario, adjunte una hoja de papel de 8 ½ por 11 pulgadas y escriba el número de la pregunta antes de su contestación.)

5. Número de páginas adjuntas: _____

Declaro bajo pena del perjurio bajo las leyes del Estado de California que la información que aparece en todas las páginas de este formulario y páginas adjuntas es verdadera y correcta.

Fecha:

Sólo para información

(NOMBRE ESCRITO A MÁQUINA O LETRA DE MOLDE) (FIRMA DEL DECLARANTE)

Form Adopted for Mandatory Use
Judicial Council of California
FL-150 S [Rev. January 1, 2007]

Family Code §§ 2030-2032, 2100-2113 3652 3520-3634 4056-4076, 4300-4336
www.courtinfo.ca.gov
Translation (January 1, 2008)

WEBAPP
DD2014629029

SOLICITANTE/DEMANDANTE: DEMANDADO: OTRO PADRE:	*Sólo para información*	NÚMERO DE CASO: *No entregue a la corte*

Adjunte copias de talones mostrando su sueldo en los últimos dos meses junto con prueba de cualquier otro ingreso. Lleve una copia de su última declaración de impuestos federales a la audiencia de corte *(borre de sus talones y su declaración de impuestos su número de seguro social.)*

5. **Ingreso** *(enumere todas los tipos de ingresos que usted recibió durante los 12 meses pasados. Para calcular el promedio mensual, divida el total anual por 12)*

	Mes pasado	Promedio mensual
a. Salario o sueldo (sueldo bruto total, antes de deducciones de impuestos)	$	
b. Sobresueldos/Pago de horas extras (bruto total, antes de rebajo de impuestos)	$	
c. Comisiones o bonos	$	
d. Asistencia pública (por ejemplo: TANF, SSI, GA/GR) ☐ recibiendo actualmente	$	
e. Manutención de cónyuge ☐ de este matrimonio ☐ de otro matrimonio	$	
f. Manutención de pareja de hecho ☐ de esta pareja de hecho ☐ de otra pareja de hecho	$	
g. Fondos de Pensión/Jubilación	$	
h. Pagos de jubilación por medio del seguro social (no SSI)	$	
i. Incapacidad: ☐ seguro social (no SSI) ☐ incapacidad del Estado (SDI) ☐ seguro privado	$	
j. Beneficios de desempleo	$	
k. Compensación de trabajadores	$	
l. Otro (pagos por medio del servicio militar por el alojamiento (BAQ), regalías, etc.) *(especifique):*	$	

6. **Ingreso de Inversiones** *(Prepare y adjunte una lista que muestra la cantidad bruta recibida menos gastos an efectivo por cada propiedad.)*

a. Dividendos/Intereses	$	
b. Renta de propiedades alquiladas	$	
c. Ingreso de fideicomiso	$	
d. Otro *(especifique):*	$	

7. **Mis ingresos de trabajar por cuenta propia después de deducir los gastos de negocio:** $ _____ _____

Soy el ☐ dueño/propietario único ☐ socio ☐ otro *(especifique):*

Número de años en este negocio *(especifique):*

Nombre de negocio *(especifique):*

Tipo de negocio *(especifique):*

Adjunte una declaración de beneficio y de pérdida para los dos años pasados o la declaración "C" de su declaración de impuestos federales. Tache su número de seguro social. Si tiene más de un negocio, proporcione la misma información para todos sus negocios.

8. ☐ **Ingreso Adicional.** He recibido dinero de una vez (ganancias de lotería, herencia, etc.) en los últimos 12 meses *(especifique el origen y la cantidad):*

9. ☐ **Cambio de Ingreso.** Han ocurido cambios significativos en mi situación financiera en los últimos 12 meses debido a *(especifique):*

10. **Deducciones**

	Mes pasado
a. Cuotas sindicales obligatorias	$
b. Contribuciones obligatorias al fondo de pensiones y jubilación (no incluya seguro social, FICA, 401 K, IRA)	$
c. Contribuciones para seguro médico, dental, hospital, y cualquier otra de salud (cantidad total mensual)	$
d. Manutención de niños que yo pago por niños de otra relación	$
e. Manutención de cónyuge pagado por órden de la corte por otro matrimonio	$
f. Manutención de pareja de hecho pagada por órden de la corte por otra relacion de pareja de hecho	$
g. Gastos necesarios relacionados al trabajo no reembolsados por mi empleador *(adjunte explicación titulada Pregunta 10g.)*	$

11. **Bienes/Recursos**

	Total
a. Dinero en efectivo y cuentas de cheques, ahorros y otras cuentas de deposito	$
b. Acciones, bonos, y otros bienes que se puede vender fácilmente	$
c. Cualquier otra propiedad ☐ bienes raices ☐ personal *(Estime el valor comercial justo menos los préstamos y deudas que usted debe)*	$

SOLICITANTE/DEMANDANTE: DEMANDADO: OTRO PADRE:	*Sólo para información*	NÚMERO DE CASO: *No entregue a la corte*

12. **Las personas siguientes viven conmigo:**

Nombre	Edad	Cómo está relacionado/a con Usted? *(e.j. hijo)*	Ingreso, mensual (En bruto)	Paga algunos gastos del hogar?
a.				☐ Sí ☐ No
b.				☐ Sí ☐ No
c.				☐ Sí ☐ No
d.				☐ Sí ☐ No
e.				☐ Sí ☐ No

13. **Promedio de gastos mensuales** ☐ Estimación de gastos ☐ Gastos actuales ☐ Gastos propuestos

a. Mi casa:

(1) ☐ Renta o ☐ hipoteca . . . $ _____

Si hipoteca:

(a) Promedio de principal: $ _____

(b) Promedio de interés: $ _____

(2) Impuestos de propiedad _____ $ _____

(3) Seguro de casa o apartamento (si no incluido arriba) _____ $ _____

(4) Manutención y reparación _____ $ _____

b. Gastos médicos no pagados por seguro médico _____ $ _____

c. Cuidado de niño(s) _____ $ _____

d. Comida en casa y provisiones _____ $ _____

e. Comida fuera de casa _____ $ _____

f. Gas, luz, agua, basura _____ $ _____

g. Teléfono/celular/correo electrónico _____ $ _____

h. Lavanderia y tintoreria _____ $ _____

i. Ropa _____ $ _____

j. Educación _____ $ _____

k. Entretenimiento, regalos, y vacaciones _____ $ _____

l. Gastos de auto y transporte (seguro, gas, reparaciones, autobús, etc.)..$ _____

m. Seguranza (vida, accidente etc.; No incluya seguro de auto, casa, o médico.) $ _____

n. Ahorros e inversiones _____ $ _____

o. Contribuciones caritativas _____ $ _____

p. Pagos a plazos *(detalle abajo en 14 y inserte el total aqui).* $ _____

q. Otro *(especifique):* _____ $ _____

r. **GASTOS TOTALES** (a-q) (No *incluya canticlades en a (1)(a) and (b))* $ _____

s. **Cantidad de estos gastos pagados por otras personas** _____ $ _____

14. **Pagos a plazos y deudas no incluidos arriba**

Pagado a	Para	Cantidad mensual	Balanza de pagos	Fecha del último pago
		$	$	
		$	$	
		$	$	
		$	$	

15. **Honorarios por servicios de abogado** *(Se requiere esta información si cualquiera de las partes piden el pago de honorario de abogado): $*

a. Hasta hoy dia le he pagado a mi abogado por honorarios y costos *(especifique):* $

b. La fuente de este dinero fue *(especifique):*

c. Hasta hoy dia debo lo siguente de honorarios y costos aparte de la cantidad ya pagada *(especifique el total debido):*

d. Por cada hora mi abogado me cobra *(especifique):* $

Yo confirmo esta información y el acuerdo sobre honorarios.

Fecha:

Sólo para información

(NOMBRE DE/A ABOGADO/A ESCRITO A MÁQUINA O LETRA DE MOLDE)

(FIRMA DE ABOGADO/A)

SOLICITANTE/DEMANDANTE: DEMANDADO: OTRO PADRE:	*Sólo para información*	NÚMERO DE CASO: *No entregue a la corte*

INFORMACIÓN DE MANUTENCIÓN DE NIÑO(S)

(Complete esta página solamente si su caso implica manutención de niño(s).)

16. **Número de niños**
    a. Tengo *(especifique número):* niño(s) menores de 18 años con el otro padre en este caso.
    b. Los niños pasan % de tiempo conmigo y % de tiempo con el otro padre.
    (Si no está seguro/a del porcentaje, o no hay acuerdo entre padres, describa por favor su horario de las visitas aqui.)

17. **Gastos relacionados con la salud de los niños**
    a. ☐ Tengo ☐ No tengo seguro de salud/médico para los niños disponible por medio del trabajo.
    b. Nombre de la compañia de seguros:
    c. Dirección de la compañia de seguro:
    d. El cobro mensual para el seguro de salud de los niños es o debe de ser *(especifique):* $
    (No incluya la cantidad pagada por su empleador)

18. **Gastos adicionales para los niños en este caso** — Cantidad por mes
    a. Cuidado de niños para poder ir a trabajar u obtener entrenamiento de trabajo _____ $ _____
    b. Gastos médicos de niños no cubiertos por seguro _____ $ _____
    c. Gastos de transporte para visitación _____ $ _____
    d. Gastos de necesidades educativas o especiales de los niños *(especifique):* _____ $ _____

19. **Dificultades especiales.** Pido de la corte consideración de circunstancias financieras especiales:
    (Incluya documentación de apoyo para cualquier circunstancia descrita aqui incluyendo, órdenes judiciales):

	Cantidad por mes	Por cuántos meses?
a. Gastos extraordinarios de cuidado de salud no incluido en la pregunta número, 18b	$ _____	_____
b. Pérdidas catastróficas no cubiertas por un seguro (ejemplos: fuego, hurto, otra pérdida no asegurada)	$ _____	_____
c. (1) Gastos de menores de otros matrimonios o relaciones que viven conmigo	$ _____	_____

    (2) Nombres y edades de estos menores *(especifique):*

    (3) Manutención de ninós recibida de otra persona por estos niños _____ $ _____

    Los gastos enumerados en a, b y c crean una dificultad financiera extrerna porque *(explique):*

20. **Otra información que quisiera que la corte supiera referente a la manutención de niños en mi caso** *(especifique):*