

Sample for Reference Purposes Only. Forms have bilingual format for your convenience, but must be completed and filed with the court in English. **Modelo sólo para fines de referencia. Los formularios tienen formato bilingüe para su conveniencia, pero deben llenarse y presentarse ante el tribunal en idioma inglés.**

This form contains Restricted Information.
Este formulario contiene información restringida.



CIRCUIT COURT FOR _____, MARYLAND
TRIBUNAL DE CIRCUITO PARA _____, MARYLAND

City/County
Población / Condado
Located at
Ubicado en _____
Court Address
Dirección del tribunal
Case No.
Número de caso _____

Plaintiff vs. Defendant
Parte demandante contra Parte demandada

Street Address Dirección

City, State, Zip Telephone
Población, estado, código postal Teléfono

FINANCIAL STATEMENT
DECLARACIÓN FINANCIERA
(Child Support Guidelines)
(Pautas de manutención de menores)
(Md. Rule 9-203(b))
(Norma de Md. 9-207(b))

MDEC counties only: You must file a Notice Regarding Restricted Information Pursuant to Rule 20-201.1 (form MDJ-008) with this submission.

Solo para los condados de los tribunales electrónicos de Maryland (MDEC): deberá incluir un aviso conforme incluye información restringida en virtud de la norma 20-201.1 (formulario MDJ-008) cuando haga esta presentación.

I, _____, state that:
Name

I am the _____ of the minor child(ren),
State relationship (for example, mother, father, aunt, grandfather, guardian, etc.)

including children who have not attained the age of 19 years old, are not married or self-supporting, and are enrolled in secondary school:

Yo _____, declaro que:
Nombre

Yo soy el/la _____ del/de la/de los/de las menor(es)
Indique la relación (por ejemplo, madre, padre, tía, abuelo, tutor, etc.)

incluya menores que no hayan cumplido los 19 años de edad, que no estén casados/as o que no sean independientes y que estén asistiendo a la escuela secundaria:

Name Nombre	Date of Birth Fecha de nacimiento	Name Nombre	Date of Birth Fecha de nacimiento
Name Nombre	Date of Birth Fecha de nacimiento	Name Nombre	Date of Birth Fecha de nacimiento
Name Nombre	Date of Birth Fecha de nacimiento	Name Nombre	Date of Birth Fecha de nacimiento

The following is a list of my income and expenses (see below*):

El siguiente listado incluye mis ingresos y gastos (consulte a continuación*):

See definitions on page 2 before filling out.

Consulte las definiciones en la página 2 antes de incluir datos.

Total monthly income (before taxes) \$ _____

Ingresos mensuales totales (antes de impuestos) \$ _____

Child support I am paying for my other child(ren) each month \$ _____

Manutención de menores que pago por el resto de mis hijos/as cada mes \$ _____

Alimony I am paying each month to _____ \$ _____

Name of Person(s)

Pensión alimenticia que pago todos los meses a _____ \$ _____

Nombre de la(s) persona(s)

Alimony I am receiving each month from _____ \$ _____

Name of Person(s)

Pensión alimenticia que recibo todos los meses de _____ \$ _____

Nombre de la(s) persona(s)

For the child or children listed above:

Para el/la/los/las menor(es) indicado/a(s) anteriormente:

The monthly health insurance premium \$ _____

Prima mensual del seguro médico \$ _____

Work-related monthly child care expenses \$ _____

Gastos mensuales por la atención a menores relacionada con el trabajo \$ _____

Extraordinary monthly medical expenses \$ _____

Gastos médicos mensuales extraordinarios \$ _____

School and transportation expenses \$ _____

Gastos de escuela y transporte \$ _____

*To figure the monthly amount of expenses, weekly expenses should be multiplied by 4.3 and yearly expenses should be divided by 12. If you do not pay the same amount each month for any of the categories listed, figure what your average monthly expense is.

Para calcular la cantidad mensual de gastos, los gastos semanales se deben multiplicar por 4.3 y los gastos anuales se deben dividir por 12. Si no paga la misma cantidad todos los meses por alguna de las categorías indicadas anteriormente, deberá calcular cuál es su gasto mensual promedio.

I solemnly affirm under the penalties of perjury that the contents of this document are true to the best of my knowledge, information, and belief.

Afirmo solemnemente, bajo pena de perjurio, que el contenido de este documento es verdadero a mi leal saber, entender y creencia.

Date
Fecha

Signature
Firma

Total Monthly Income: Include income from all sources including, self-employment, rent, royalties, business income, salaries, wages, commissions, bonuses, dividends, pensions, interest, trusts, annuities, social security benefits, workers compensation, unemployment benefits, disability benefits, alimony or maintenance received, tips, income from side jobs, severance pay, capital gains, gifts, prizes, lottery winnings, etc. Do not report benefits from means-tested public assistance programs such as food stamps or AFDC.

Ingresos mensuales totales: deberá incluir todas las fuentes de ingreso, como empleo por cuenta propia, alquileres, regalías, ingresos de negocios, salarios, sueldos, comisiones, bonificaciones, dividendos, pensiones, intereses, fideicomisos, anualidades, beneficios de la seguridad social, compensación de trabajadores, beneficios por desempleo, beneficios por discapacidad, pensión alimenticia de cónyuge o mantenimiento recibido, propinas, ingresos de trabajos secundarios, pagos por indemnizaciones por despido, ganancias de capital, regalos, premios, premios de lotería, etc. No deberá indicar los beneficios de programas de asistencia pública como cupones para alimentos o la asistencia temporal para familias necesitadas.

Extraordinary Medical Expenses: Uninsured expenses in excess of \$250 in a calendar year for medical treatment, including orthodontia, dental treatment, vision care, asthma treatment, physical therapy, treatment for any chronic health problems, and professional counseling or psychiatric therapy for diagnosed mental disorders.

Gastos médicos extraordinarios: gastos por tratamientos médicos que no estén cubiertos por el seguro y que superen los \$250 en un año natural, como ortodoncias, tratamientos dentales, oculista, tratamientos del asma, fisioterapia, tratamientos de cualquier problema médico crónico y asesoramiento psicológico profesional o terapias psiquiátricas para trastornos mentales diagnosticados.

Child Care Expenses: Actual child care expenses incurred on behalf of a child due to employment or job search of either parent with amount to be determined by actual experience or the level required to provide quality care from a licensed source.

Gastos por la atención a menores: los gastos por la atención de menores incurridos por un(a) menor a causa del empleo o búsqueda de trabajo de los/as padres/madres cuya cantidad se determinará en función de la experiencia real o el nivel requerido para prestar servicios de atención a menores de calidad a cargo de una persona o entidad con licencia.

School and Transportation Expenses: Any expenses for attending a special or private elementary or secondary school to meet the particular needs of the child and expenses for transportation of the child between the homes of the parents.

Gastos de escuela y transporte: todos los gastos por asistir a una escuela primaria o secundaria especial o privada para atender a las necesidades particulares del/de la menor y los gastos de transporte del/de la menor entre las casas de los/as padres/madres.