

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LOS DOCUMENTOS DE MODIFICACIÓN

Si su situación financiera ha cambiado significativamente, usted puede solicitar una revisión de su orden actual de sustento para menores para una posible modificación. Cualquiera de los padres puede solicitar una revisión para modificar una orden de sustento.

Una revisión para modificación puede solicitarse cada tres (3) años sin mostrar un cambio de circunstancia. Si solicita una revisión para una modificación antes de tres años, usted tiene que demostrar que ha habido un cambio sustancial y continuo de circunstancias. Ejemplos que pueden considerarse como un cambio sustancial y continuo de circunstancias incluyen adición o cambio en el seguro médico, pérdida de trabajo, llegar a tener una discapacidad, o un aumento o reducción de sueldo. La documentación sobre el cambio de circunstancias tienen que mostrar que la cantidad de la orden de sustento cambiaría por los menos quince (15%) por ciento o se necesita una orden de manutención médica en efectivo.

La División de Servicios de Sustento para Menores (DCSS, por sus siglas en inglés) lleva a cabo revisiones para modificaciones según las Normas de Sustento para Menores de Arizona. Estas normas pueden encontrarse en el enlace de a continuación: [Normas de Sustento para Menores de Arizona](#)

El paquete de modificación tiene que llenarse en inglés. Incluye los siguientes documentos:

- Aviso de Revisión de Modificación – (CSE-1170A)
- Afidávit de Información Financiera – (CSE-1171A)
- Convenio para Aceptar Notificación por Correo – (CSE-1167A)
- Lista de Verificación para Modificación – (CSE-1172A)

El **Aviso para Revisión de Modificación** (CSE-1170A) es su solicitud para modificar su orden de sustento para menores. Por favor, lea la información contenida en este documento y llene la información solicitada en la parte inferior del documento.

El **Afidávit de Información Financiera** (CSE-1171A) se usa para proveer su información financiera. Para determinar si su caso satisface los criterios para una modificación se requiere información completa y precisa. Usted tiene que proporcionar:

- Sus dos (2) talones de pago más recientes
- Copias de su declaración de impuestos federales para los últimos tres (3) años
- Copias de sus formularios w-2 y 1099 más recientes de todas las fuentes de ingresos
- Comprobante de otros menores, costo de seguro y/o cambio de circunstancias
- Comprobante de gastos de guardería (para los menores en esta orden)
- Comprobante de prima médica/dental
- Copias de las actas nacimiento de los menores biológicos o adoptados que viven con usted, pero no tiene en común con las otras partes

La última página del **Afidávit de Información Financiera** (CSE-1171A) incluye la sección de **Tiempo de Crianza/Régimen de Visitas** en la cual usted indica lo establecido o patrón esperado del tiempo de crianza. **Las normas requieren que se haga un ajuste a la cantidad de sustento para menores de acuerdo con el tiempo que el padre sin custodia realmente pase con los menores.** No se considera tiempo de crianza el tiempo que los menores pasan en la escuela o guardería. Por favor, lea las instrucciones cuidadosamente antes de llenar.

El **Convenio para Aceptar Notificación por Correo** (CSE-1167A) permite que DCSS lo notifique por correo en vez de que un portador de citaciones lo notifique formalmente. Llene su número de caso de ATLAS, número del proceso judicial y nombre en los campos adecuados. Asegúrese de anotar su dirección actual en este documento para que reciba los documentos de manera oportuna. El Convenio para Aceptar Notificación por Correo CSE-1167A requiere legitimarse notarialmente y una copia escaneada de su licencia de conducir o una tarjeta de identificación emitida por el gobierno tiene que acompañar este formulario.

La **Lista de Verificación para Modificación** (CSE-1172A) tiene que llenarse. Por favor, marque todos los elementos que han cambiado y que afectan su sustento para menores. Indique la fecha en que terminó su último trabajo o la fecha que fue encarcelado, si corresponde.

Ve la página 2 para las declaraciones de EOE/ADA

Cuando comience el proceso de modificación, la DCSS finalizará la modificación siempre y cuando el caso permanezca abierto. Cuando la DCSS recibe su solicitud de revisión para una modificación de su orden de sustento, el proceso de modificación puede tomar **hasta ciento ochenta (180)** días calendario. La cantidad de sustento para menores puede aumentar, reducir, permanecer igual o puede incluir un cambio en la cobertura médica.

Después de que se haya finalizado la revisión para la modificación, si hay un cambio de 15% o si necesita una orden de manutención médica en efectivo, se presentará una modificación. Si no hay un cambio de 15%, se le enviará por correo un aviso a ambas partes de que la DCSS no presentará una modificación. Si tiene alguna pregunta o preocupación sobre los resultados de la revisión, usted tiene que comunicarse con la DCSS dentro de diez (10) días de haber recibido el aviso.

Tenga en cuenta: No tiene que usar a la DCSS para una modificación. Siempre tiene la opción de presentar una modificación por su propia cuenta ante el tribunal.

*****Todos estos documentos tienen que llenarse en la medida de sus capacidades y enviarse por correo o entregarlos a la DCSS antes de que pueda revisarse su caso para una modificación.** Por favor, no deje ninguna línea en blanco. Cuando una pregunta no corresponde a su situación, escriba "N/A" para indicar que no corresponde. Cuando no sabe o no tiene la respuesta, escriba "UNK" para indicar que es desconocido.

Si usted necesita información adicional, puede comunicarse con Servicio al Cliente de la DCSS al (800) 882-4151 o (602) 252-4045, en línea en el sitio web de [Servicios de Sustento para Menores de Arizona](#). Otro recurso es el Centro de Autoservicio del Tribunal Superior del condado de Maricopa en línea usando el siguiente enlace: <http://www.azcourts.gov/AZ-Courts/Superior-Court>

AVISO PARA REVISIÓN DE MODIFICACIÓN

Núm. ATLAS: _____

If you only speak and read English, please call the office and ask for a representative who speaks English.

La División de Servicios de Sustento para Menores (DCSS, por sus siglas en inglés) puede revisar su caso de sustento para menores para la posibilidad de una modificación a su orden del tribunal.

Si está solicitando una modificación, una revisión de modificación no comenzará hasta que DCSS reciba estos documentos llenados y legitimados notarialmente. Usted tiene que llenar todos los siguientes documentos: el **Afidávit de Información Financiera (CSE-1171A)**, el **AConvenio para Aceptar Notificación por Correo (CSE-1167A)** y la **Lista de Verificación para Modificación (CSE-1172A)**. Tiene que firmar el **Convenio para Aceptar Notificación por Correo (CSE-1167A)** ante un fedatario. Los servicios de legitimación notarial se ofrecen gratuitamente en su oficina de la DCSS local. Si usted NO solicitó una modificación, la DCSS está revisando actualmente su caso para una modificación. Se le recomienda que devuelva estos documentos lo antes posible para permitir que la DCSS realice la revisión usando su información financiera actual. La revisión de la modificación continuará diez (10) días a partir de la fecha de este aviso.

La asistencia médica es una provisión requerida para todas las órdenes de sustento para menores. Usted tiene que proporcionar todos los números de póliza, números de grupo e información de costos si proporciona seguro médico para sus hijos (*aparte de los seguros proporcionados por el gobierno, tales como AHCCCS o Kids Care*). Esta información tiene que llenarse en la página 4 del **Afidávit de Información Financiera (CSE-1171A)** adjunto. Si no hay cobertura de seguro médico, puede agregarse una orden de manutención médica en efectivo a la orden de sustento para menores actual.

Puede obtener información adicional sobre las modificaciones en el sitio web de DCSS:

<https://des.az.gov/services/child-and-family/child-support/parents-receiving-child-support>

Ambas partes pueden firmar un convenio legal (estipulación) a una orden. Si ambas partes están de acuerdo con una orden propuesta, comuníquese con su oficina local para obtener una cita con la DCSS.

Proporcione la siguiente información y devuelva este formulario con su Convenio para Aceptar Notificación por Correo (CSE-1167A), Afidávit de Información Financiera (CSE-1171A) y Lista de Verificación para Modificación (CSE-1172A).

Su nombre: _____

Su dirección actual: _____

Su número de teléfono residencial: _____

Su número de teléfono móvil: _____

Su número de teléfono de trabajo: _____

Dirección de la otra parte: _____

Número de teléfono de las otras partes: _____

Fecha de último contacto con la otra parte: _____

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA MODIFICACIÓN

NOMBRE: _____ NÚM. ATLAS.: _____

Estoy solicitando una modificación como resultado del siguiente cambio sustancial o continuo (marque todo lo que corresponda):**Cambio sustancial:** Un cambio que resultaría en un aumento o reducción de su orden de sustento actual.**Cambio continuo:** Un cambio que ocurriría continuamente por seis o más meses.**Tenga en cuenta:** Herencias o bono de una sola vez no se consideran eventos cambiantes sustanciales y/o continuos.**No solicité una modificación, pero se han producido los siguientes cambios sustanciales o continuos (marque todo lo que corresponda):**

Mi orden se estableció o modificó por la última vez hace más de 3 años.

Cambio en empleo o ingresos.

Pérdida de trabajo (fecha que terminó el último trabajo): _____

Usted ha estado desempleado por lo menos 30 días, con la posibilidad que va a continuar por otros 90 días.

Actualmente encarcelado (Fechas de encarcelamiento): Desde _____ a _____.

Tenga en cuenta: El encarcelamiento previo no se considera un cambio sustancial o continuo en las circunstancias.

Determinación de discapacidad.

Cambio continuo en la toma de decisiones legales/custodia o tiempo de crianza.

Se han emancipado uno o más de los menores.

Nacimiento de niños adicionales para mantener.

Cambio en los gastos relacionados al menor (p.ej., cuidado de niños).

Cambios médicos:

Costo de prima

Pérdida de cobertura

Cambió la parte que proporciona la cobertura del seguro

Su solicitud de modificación tiene que incluir esta **Lista de Verificación para Modificación (CSE-1172A)**, un **Aviso para Revisión de Modificación (CSE-1170A)**, un **Afídavit de Información Financiera (CSE-1171A)** llenado y un **Convenio para Aceptar Notificación por Correo (CSE-1167A)**.

Si su orden tiene más de tres años, usted tiene el derecho a solicitar una modificación a su orden sin mostrar un cambio en la circunstancia que sea sustancial y continuo. Sin embargo, **todas la solicitudes** en las que las órdenes tienen menos de tres años, tienen que adecuarse a los criterios de modificación o su caso puede no tener elegibilidad para que la modificación se presente por la DCSS.

Las órdenes de sustento para menores de otros estados no necesariamente pueden modificarse en Arizona y pueden tomar más tiempo para procesarse

Su caso puede satisfacer los requisitos para una modificación, si:

- El menor más joven se emancipará en menos de un año.
- No se localiza al otro padre.
- La orden actual es cero por razones de encarcelamiento o discapacidad y la otra parte aún está encarcelada o discapacitada.

Tenga en cuenta: Si su caso es solo de atrasos, no corresponde este proceso de modificación.

Si su caso no califica para un revisión de modificación por la DCSS, usted todavía puede solicitar una modificación por su propia cuenta mediante el tribunal adecuado.

AGREEMENT TO ACCEPT SERVICE BY MAIL – MODIFICATION
MODIFICACIÓN DEL CONVENIO PARA ACEPTAR NOTIFICACIÓN POR CORREO

***Please fill out this form completely, and do not leave any item blank**
(Complete el formulario en su totalidad y no deje ningún elemento en blanco)

ATLAS Case Number / _____ **Court Case Number /** _____
Número de Caso de ATLAS _____ **Número de Caso del Tribunal** _____

Your Name / Su Nombre _____

Your Full Mailing Address (No., Street, Apt. No.) / _____
Su dirección postal completa (Núm., calle, núm. de apt.) _____

City, State, ZIP Code / Ciudad, estado, Código Postal _____

1. **My name is** _____, and I am a party to the above-entitled action.
Mi nombre es _____ *y soy una de las partes de la acción arriba autorizada.*
2. Pursuant to Ariz. R. Fam. Law P. 40(f), I hereby agree to accept service by mail any or all of the following document(s) within 180 days of this date, by regular first class mail sent to the address above, instead of having them served formally.
Conforme a la ley de Arizona, R. Fam P. 40(f), por este medio convengo en recibir por correo la notificación de cualquiera o de todos los siguientes documentos, dentro de 180 días contados a partir de esta fecha, por correo de primera clase ordinario a la dirección arriba indicada, en lugar de que se me notifique de la manera convencional:
 - Petition to Modify Child Support / *Petición para Modificar Sustento para Menores*
 - Order to Appear / *Orden de comparecencia*
 - State's Affidavit for Modification / *Affidávit del Estado para la Modificación*
 - Child Support Guidelines Worksheet / *Hoja de Trabajo de las Guías de Sustento para Menores*
 - Request for Transfer / *Petición de Transferencia*
 - Parent's Worksheet Packet / *Paquete de Hoja de Trabajo de los Padres*
 - Notice to Parties / *Notificación a las Partes*
 - Request for Hearing Packet / *Paquete para Petición de Audiencia*
 - Proposed Judgment and Order / *Dictamen y Orden Propuestos*
 - Affidavit of Financial Information / *Affidávit de Información Financiera*
3. I understand that the State has not yet filed an action, and I will receive the documents after the action has been filed.
Yo entiendo que el Estado aún no entabla una demanda y que yo voy a recibir los documentos después de que se entable la demanda.
4. I am aware that by agreeing to service of these court papers by mail and signing this paper, my right to file a written Response is not affected.
Estoy consciente de que el convenir en recibir por correo la notificación de estos documentos del tribunal y firmar esta hoja no afecta mi derecho a presentar una respuesta por escrito.
5. I understand that if I do not respond to the documents within the applicable time periods, I may lose my right to be heard, and a default may be entered for the relief requested.
Yo entiendo que, si no respondo a los documentos dentro del plazo correspondiente, puedo perder mi derecho a audiencia y puede dictarse una sentencia de rebeldía por el desagravio solicitado.
6. *I am* not a service member in the military service of the United States of America in any capacity, or *I am* a service member and waive the rights and protections provided by the Service Members Civil Relief Act.
Yo no soy miembro del servicio militar de los Estados Unidos de América en ninguna capacidad, o yo soy un miembro del servicio militar y renuncio a los derechos y protecciones previstas por la Ley de Amparo Civil para Militares.
7. If I change my place of residence, or wish the State to use another address for service of the document(s), I will so advise the State by contacting the child support office responsible for handling my case at the Division of Child Support Services, P.O. Box 40458, Phoenix, Arizona 85067. Until then, the State may use the above address for such service.
Si yo cambio mi lugar de residencia, o si deseo que El Estado utilice otra dirección para la notificación de los documentos, se lo comunicaré a El Estado por medio de la oficina de sustento para menores responsable del manejo de mi caso en la Division of Child Support Services, P.O. Box 40458, Phoenix Arizona 85067. Hasta entonces El Estado puede utilizar la dirección arriba indicada para dichas notificaciones.

Signature / Firma: _____ **Date / Fecha:** _____

*This form must be filled out completely or processing will be significantly delayed or rejected.
Este formulario debe completarse por completo o el procesamiento se retrasará o rechazará significativamente.

**AFFIDAVIT OF FINANCIAL INFORMATION
AFIDÁVIT DE INFORMACIÓN FINANCIERA**

Name / Nombre: _____

Mailing Address / Dirección postal:

City, State, ZIP Code /

Ciudad, estado, código postal: _____

Daytime Phone Number /

Número de teléfono diurno: _____

Evening Phone Number /

Número de teléfono nocturno: _____

Representing / Representación: Self / Propia Petitioner / Demandante Respondent / Demandado

State Bar Number /

Núm. de inscripción en el Colegio de Abogados del Estado: _____

**ARIZONA SUPERIOR COURT, COUNTY OF
TRIBUNAL SUPERIOR DE ARIZONA, CONDADO DE _____**

Petitioner /

Demandante _____

Case No. /

Núm. de caso _____

Atlas Case No. /

Núm. de caso de ATLAS _____

Respondent /

Demandado _____

**AFFIDAVIT OF FINANCIAL INFORMATION FOR CHILD SUPPORT /
AFIDÁVIT DE INFORMACIÓN FINANCIERA PARA SUSTENTO DE MENORES**

Affidavit of (Name of person whose information is on this Affidavit):

Afidávit de (Nombre de la persona cuya información se encuentra en este afidávit):

IMPORTANT INFORMATION ABOUT THIS DOCUMENT INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE ESTE DOCUMENTO

WARNING TO BOTH PARTIES: This Affidavit is an important document. You must fill out this Affidavit completely, and provide accurate information. You must provide copies of this Affidavit and all other required documents to the other party and to the judge. If you do not do this, the court may order you to pay a fine.

AVISO A AMBAS PARTES: Este affidavit es un documento importante. Usted tiene que llenar este affidavit por completo y proporcionar información precisa. Usted tiene que proporcionar copias de este affidavit y de todos los demás documentos requeridos a la otra parte y al juez. Si usted no lo hace, el tribunal puede ordenar que usted pague una multa.

I have read the following document and know of my own knowledge that the facts and financial information stated below are true and correct, and that any false information may constitute perjury by me. I also understand that, if I fail to provide the required information or give misinformation, the judge may order sanctions against me, including assessment of fees for fines under Rule 31, Arizona Rules of Family Law Procedure.

Yo he leído el siguiente documento y sé de mi propio conocimiento que los hechos e información financiera que declaro abajo son verdaderos y correctos, y que si doy alguna información falsa puedo cometer perjurio. También entiendo que, si yo no proporciono la información que se me pide o si doy información errónea, el juez puede ordenar sanciones en mi contra, incluyendo la fijación de una tarifa por multas de acuerdo con la Norma 31 de las Normativas de la Ley de Procedimiento Familiar de Arizona.

Date / Fecha

Signature of Person Making Affidavit / Firma de la persona que hace el affidavit

INSTRUCTIONS / INSTRUCCIONES

- 1. Complete the entire Affidavit in black ink.** If the spaces provided on this form are inadequate, use separate sheets of paper to complete the answers and attach them to the Affidavit. **Answer every question completely!** You must complete every blank. If you do not know the answer to a question or are guessing, please state that. If a question does not apply, write "NA" for "not applicable" to indicate you read the question. Round all amounts of money to the nearest dollar.

Llene todo el affidavit con tinta negra. Si los espacios proporcionados en este formulario son insuficientes, utilice hojas de papel separadas para completar sus respuestas y adjúntelas al affidavit. ¡Conteste cada pregunta por completo! Usted debe llenar todos los espacios en blanco. Si usted no sabe la respuesta a una pregunta o si está adivinando, por favor indíquelo. Si una pregunta no corresponde, escriba "NC" por "no corresponde" para indicar que usted leyó la pregunta. Redondee toda cantidad de dinero al próximo dólar.

- 2. Answer the following statements YES or NO.** If you mark **NO**, explain your answer on a separate sheet of paper and attach the explanation to the Affidavit.
Conteste las siguientes afirmaciones con SÍ o NO. Si usted marca NO, explique su respuesta en una hoja de papel separada y adjunte la explicación al affidavit

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------|
| 1. I have listed all sources of my income.
<i>Yo he hecho una lista de todas las fuentes de mis ingresos.</i> | Yes / Sí | No / No |
| 2. I have attached copies of my two (2) most recent pay stubs.
<i>Yo adjunté copias de mis dos (2) últimos talones de pago.</i> | Yes / Sí | No / No |
| 3. I have attached copies of my federal income tax return for the last three (3) years, and I have attached W-2 and 1099 forms from all sources of income.
<i>Yo adjunté copias de mis declaraciones de impuestos federales de los últimos tres (3) años y adjunté los formularios W-2 y 1099 de todas mis fuentes de ingreso.</i> | Yes / Sí | No / No |

Case No. /
Núm. de caso _____

1. GENERAL INFORMATION / INFORMACIÓN GENERAL:

A. Name / Date of Birth /
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

B. Current Address /
Dirección actual: _____

C. Date of Marriage / Date of Divorce /
Fecha de matrimonio: _____ Fecha de divorcio: _____

D. Last date when you and the other party lived together /
Última fecha cuando usted y la otra parte vivieron juntos: _____

E. Full names of child(ren) common to the parties (in this case) and their dates of birth /
Nombres completos de los hijos comunes entre las partes (en este caso) y sus fechas de nacimiento:

Name(s) / Nombre(s)	Date of Birth / Fecha(s) de nacimiento
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

F. List everyone who lives in your household besides those children listed above /
Haga una lista de todas las personas que viven en su casa, además de los hijos mencionados arriba:

Name(s) / Nombre(s)	Date of Birth / Fecha(s) de nacimiento	Relationship to you / Relación con usted	Income / Ingreso
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

G. Attorney's Fees paid in this matter / Honorarios de abogado pagados en este caso: \$ _____

Source of funds / Procedencia de los fondos: _____

2. EMPLOYMENT INFORMATION / INFORMACIÓN DE EMPLEO:

A. Your job/occupation/profession/title /

Su ocupación, profesión o cargo: _____

Name and address of current employer /

Nombre y dirección de su empleo actual: _____

Date employment began /

Fecha en que empezó a trabajar: _____

B. If you are not working, why not? /

Si usted no está trabajando ¿por qué no? _____

C. Previous employer name and address /

Nombre y dirección del empleador anterior: _____

D. Reason you left job (check one) / Razón por la cual usted dejó su trabajo (marque una):

Laid off / *Despido injustificado* Fired / *Despedido* Quit / *Renuncia*

Gross monthly pay / Sueldo mensual bruto: \$ _____

E. Total gross income from last three (3) years' tax returns (attach copies of pages one (1) and two (2) of your federal income tax returns for the last three (3) years) /

Ingreso total bruto de las últimas tres (3) declaraciones de impuesto (adjunte copias de las páginas uno (1) y dos (2) de su declaración de impuestos federales de los últimos tres (3) años):

Year / Año _____ \$ _____ Year / Año _____ \$ _____ Year / Año _____ \$ _____

F. Your total gross income from January 1 of this year to the date of this Affidavit (year-to-date income) /
Su ingreso total bruto desde el 1 de enero de este año hasta la fecha de este affidavit (ingreso del año hasta la fecha):

\$ _____

3. YOUR EDUCATION/TRAINING (check all that apply) /

SU EDUCACIÓN o CAPACITACIÓN (marque todo lo que corresponda):

Diploma/GED/Diploma / *Certificado de equivalencia de estudios secundarios*

College / *Universidad*

Post-Graduate / *Posgrado*

Occupational/Technical Training / *Capacitación Técnica*

Type / *Tipo:* _____

4. YOUR GROSS MONTHLY INCOME / SU INGRESO MENSUAL BRUTO:

- List **all** income you receive from **any** source, whether private or governmental, taxable or not /
Haga una lista de todo el ingreso que usted recibe de cualquier fuente, ya sea privada o gubernamental, gravable o no.
- Use a monthly average for items that vary from month to month /
Promedie los datos mensuales que varían de mes a mes.
- Multiply weekly income and deductions by 4.33. Multiply bi-weekly income by 2.165 to arrive at the total amount for the month /
Multiplique las deducciones y los ingresos semanales por 4.33. Multiplique los ingresos quincenales por 2.165 para llegar a la cantidad total del mes.

A. Gross salary/wages per month / *Salario o paga brutos mensuales:* \$ _____

- **Attach copies of your two (2) most recent pay stubs.**
Adjunte copias de sus últimos dos (2) talones de pago.

Rate of pay /

Tasa Salarial \$ _____ Per/Por hour/hora week/semana month/mes year/año

How often are you paid / *¿Con qué frecuencia le pagan?* _____

B. Expenses paid for by your employer (for example: automobile, repairs, lodging) /
Gastos que su empleador paga (por ejemplo: automóvil, reparaciones, alojamiento) \$ _____

C. Commissions/Bonuses / *Comisiones o bonificaciones* \$ _____

D. Tips / *Propinas* \$ _____

E. Social Security Benefits / *Beneficios del seguro social*
SSI / *Ingreso suplementario* or / o SSDI / *Ingreso por discapacidad* \$ _____

F. VA Benefits / *Beneficios para Veteranos* \$ _____

G. Worker's compensation and/or disability income /
Indemnización laboral o por discapacidad \$ _____

H. Unemployment compensation / *Seguro por desempleo* \$ _____

I. Spousal Maintenance received / *Pensión Alimenticia recibida* \$ _____

J. Rental income (net after expenses) /
Ingreso por alquiler (neto después de las deducciones) \$ _____

K. Contributions to household living expense by others /
Contribuciones de otros a los gastos de la casa \$ _____

L. Other (Explain) / *Otro (Explique)* _____

Include dividends, pensions, interest, trust income, annuities, royalties, gifts and prizes.
Incluya dividendos, pensiones, intereses, ingresos fiduciarios, anualidades, regalías, regalos y premios.

\$ _____

TOTAL / TOTAL \$ _____

5. SELF-EMPLOYMENT INCOME (if applicable) /
INGRESOS DE TRABAJO AUTÓNOMO (si corresponde):

Attach a copy of the Schedule C for your business from your last tax return and the most recent income/expense statement from your business.

Adjunte una copia del "Schedule C" para su negocio de su última declaración de impuestos y el estado de ganancias y pérdidas más reciente de su negocio.

Name, address and telephone number of business /
Nombre, dirección y número de teléfono de su negocio: _____

Type of business entity / Tipo de entidad comercial: _____

State and date of incorporation / Estado y fecha de constitución: _____

Nature of business / Naturaleza del negocio: _____

Percent ownership / Porcentaje de propiedad: _____

Gross monthly income / Ingreso mensual bruto: _____

**6. If you are self-employed or currently unemployed, list your personal monthly expenses /
Si usted trabaja por su cuenta o en este momento está desempleado, haga una lista de sus gastos personales mensuales:**

Housing (mortgage or rent) / Vivienda (hipoteca o alquiler): \$ _____

Utilities (water, electric, gas) / Servicios públicos (agua, electricidad, gas): \$ _____

Cable/satellite TV/internet / TV por cable o satélite e internet: \$ _____

Telephone (including cell phone) / Teléfono (incluyendo telef. celular): \$ _____

Car payments/expenses / Pago y gastos del auto: \$ _____

Car insurance / Seguro del auto: \$ _____

Food / Comida: \$ _____

Clothing / Ropa: \$ _____

Other expenses you want to include / Otros gastos que usted quiera incluir:
_____ \$ _____

7. SCHEDULE OF ALL MONTHLY EXPENSES for children common to parties in this case only /
HAGA UNA LISTA DE TODOS LOS GASTOS PERSONALES MENSUALES para los hijos en común
entre ambas partes solo en este caso.

- Only list expenses that you are paying or providing /
Anote solo los gastos que usted paga o provee.
- Use a monthly average for items that vary from month to month /
Promedie los gastos mensuales que varían de mes a mes.

A. HEALTH INSURANCE / SEGURO MÉDICO:

Do you have health insurance available (**not** Medicaid or AHCCCS)? /
¿Tiene usted seguro médico? (no Medicaid o AHCCCS)

Yes/ Sí No/ No

Are these children covered? / *¿Están cubiertos estos niños?*

Yes/ Sí No/ No

1. Total monthly cost / *Costo total al mes* \$ _____

2. Premium cost to insure you alone / *Costo de prima para asegurarse solo usted* \$ _____

3. Premium cost to insure child(ren) common to the parties /
Costo de prima para asegurar a los hijos comunes entre las partes \$ _____

4. List all people covered by your insurance coverage / *Anote todas las personas que su seguro cubre:*

5. Name of insurance company and policy/group number (attach copy of insurance card) /
Nombre de la compañía de seguros y números de póliza y grupo (adjunte copia de la tarjeta de seguro)

B. DENTAL/VISION INSURANCE / SEGURO DENTAL/VISIÓN:

Do you have dental insurance available? / *¿Tiene usted seguro dental?*

Yes/ Sí No/ No

Vision insurance? / *¿Seguro de Visión?*

Yes/ Sí No/ No

Are these children covered? / *¿Están cubiertos estos niños?*

Yes/ Sí No/ No

1. Total monthly cost / *Costo total al mes* \$ _____

2. Premium cost to insure you alone / *Costo de prima para asegurarlo solo a usted* \$ _____

3. Premium cost to insure child(ren) common to the parties /
Costo de prima para asegurar a los hijos comunes entre las partes \$ _____

4. List all people covered by your insurance coverage / *Anote todas las personas que su seguro cubre:*

5. Name of insurance company and policy/group number (attach copy of insurance card) /
Nombre de la compañía de seguros y números de póliza y grupo (adjunte copia de la tarjeta de seguro)

C. CHILD CARE COSTS (attach proof of amount paid) /

COSTO DE LA GUARDERÍA INFANTIL (adjunte comprobante de la cantidad que pagó):

1. Total monthly child care costs paid by you (do not include amounts paid by DES) /
Costo total al mes de la guardería infantil que usted pagó
(no incluya los montos que el DES pagó) \$ _____
2. Name(s) of child(ren) cared for and amount per child /
Nombre del(los) niño(s) que reciben cuidado y cantidad por cada niño:

\$ _____

\$ _____
3. Name(s) and address(es) of child care provider(s) /
Nombre y dirección del(los) proveedor(es) de cuidado infantil:

D. EXTRAORDINARY EXPENSES for children common to this case:

(Does not include expenses for extracurricular activities) /

GASTOS EXTRAORDINARIOS para hijos comunes en este caso
(no incluye los gastos de actividades extracurriculares):

Explain / Explique: _____ \$ _____

E. COURT ORDERED CHILD SUPPORT for children not common to the parties in this case and not living with you /

ORDEN JUDICIAL DE SUSTENTO DE MENORES para hijos no comunes entre las partes en este caso y que no viven con usted:

Court Case Number / _____ **State /** _____
Núm. de caso del tribunal: _____ **Estado:** _____

1. Monthly current child support / *Sustento de menores mensual actual* \$ _____
2. Monthly arrears payment / *Pago mensual de atrasos* \$ _____
3. Amount per month actually paid in last 12 months /
Cantidad mensual actual pagada en los últimos 12 meses \$ _____
 - Attach proof that you are paying / *Adjunte comprobante de que usted paga*
4. Name(s) of minor child(ren) who is subject to this order /
Nombre del (los) hijos(s) menor(es) sujetos a esta orden

**F. COURT-ORDERED SPOUSAL MAINTENANCE/SUPPORT (Alimony) /
ORDEN JUDICIAL DE PENSIÓN ALIMENTICIA:**

Monthly court-ordered spousal maintenance/support you actually /
Sustento o pensión alimenticia que usted mensualmente:

pay to / *paga a* **OR / O**

receive from previous spouse / *recibe de un cónyuge anterior.*

\$ _____

8. PARENTING TIME/VISITATION/TIEMPO DE CRIANZA / RÉGIMEN DE VISITAS

Note: this information is for the purpose of child support calculation only and does not legally establish the right to any specified amount of parenting time. The Division of Child Support Services does not provide services to settle disputed issues of custody or parenting time.

Nota: esta información es solo para calcular el sustento de menores y no establece de forma legal el derecho a ninguna cantidad específica de tiempo de crianza. La División de Servicios de Sustento para Menores no proporciona servicios para resolver asuntos disputados sobre la custodia o el tiempo de crianza.

Please use the following information to estimate the amount of time the non-custodial parent spends with the child(ren) per year: The court will consider what has occurred in the past and what is expected to occur in the near future.

Por favor utilice la siguiente información para estimar la cantidad de tiempo al año que el padre sin custodia pasa con el/los niño(s). El tribunal va a considerar lo que ocurrió en el pasado y lo que se espera que ocurra en un futuro cercano.

- **More than 12 hours = 1 day / Más de 12 horas = 1 día**
- 6 – 11 hours = ½ day / 6 – 11 horas = ½ día
- 3 – 5 hours = ¼ day / 3 – 5 horas = ¼ día
- Less than 3 hours with a meal or other expenses = ¼ day /
Menos de 3 horas con una comida u otros gastos = ¼ día

Estimated number of days per year parenting time/visitation that actually occurs /

Número estimado de días al año de tiempo de crianza/régimen de visitas que ocurren actualmente:
