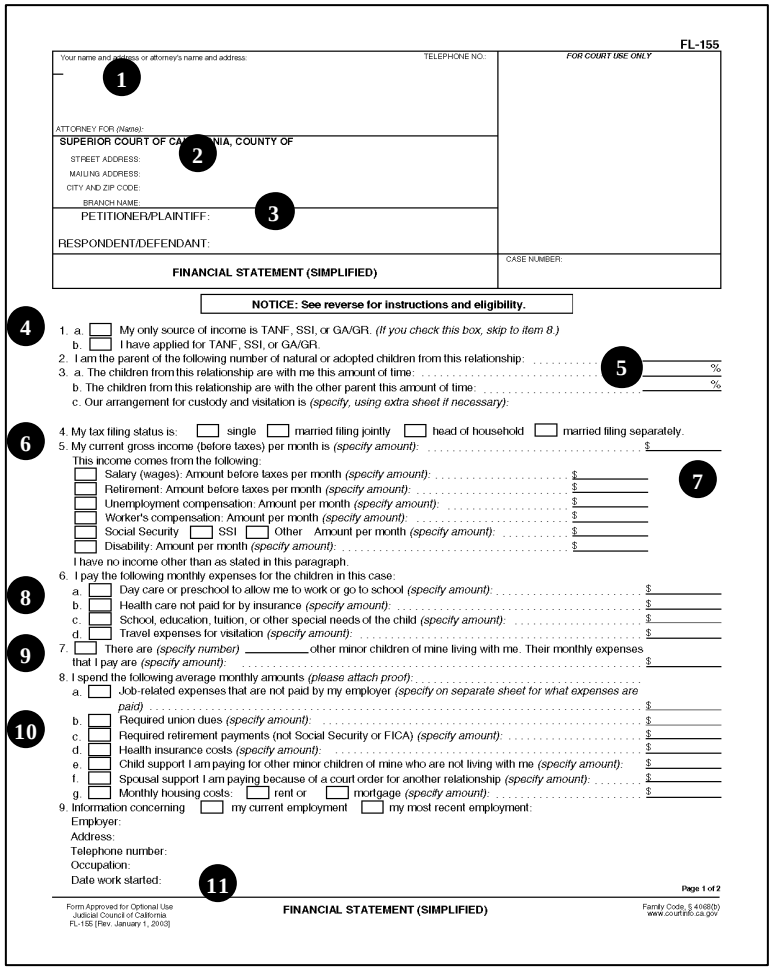


FL-155

Your name and address or attorney's name and address: TELEPHONE NO.: FOR COURT USE ONLY

1

ATTORNEY FOR (Name):

SUPERIOR COURT OF CA NIA, COUNTY OF

2

STREET ADDRESS:
MAILING ADDRESS:
CITY AND ZIP CODE:
BRANCH NAME:

PETITIONER/PLAINTIFF:

3

RESPONDENT/DEFENDANT:

FINANCIAL STATEMENT (SIMPLIFIED) CASE NUMBER:

NOTICE: See reverse for instructions and eligibility.

4 1. a. ☐ My only source of income is TANF, SSI, or GA/GR. *(If you check this box, skip to item 8.)*
b. ☐ I have applied for TANF, SSI, or GA/GR.
2. I am the parent of the following number of natural or adopted children from this relationship: 5
3. a. The children from this relationship are with me this amount of time: ..... %
b. The children from this relationship are with the other parent this amount of time: ..... %
c. Our arrangement for custody and visitation is *(specify, using extra sheet if necessary)*:

6 4. My tax filing status is: ☐ single ☐ married filing jointly ☐ head of household ☐ married filing separately.
5. My current gross income (before taxes) per month is *(specify amount)*: ..... $
This income comes from the following:
☐ Salary (wages): Amount before taxes per month *(specify amount)*: ..... $ 7
☐ Retirement: Amount before taxes per month *(specify amount)*: ..... $
☐ Unemployment compensation: Amount per month *(specify amount)*: ..... $
☐ Worker's compensation: Amount per month *(specify amount)*: ..... $
☐ Social Security ☐ SSI ☐ Other Amount per month *(specify amount)*: ..... $
☐ Disability: Amount per month *(specify amount)*: ..... $
I have no income other than as stated in this paragraph.
6. I pay the following monthly expenses for the children in this case:
8 a. ☐ Day care or preschool to allow me to work or go to school *(specify amount)*: ..... $
b. ☐ Health care not paid for by insurance *(specify amount)*: ..... $
c. ☐ School, education, tuition, or other special needs of the child *(specify amount)*: ..... $
d. ☐ Travel expenses for visitation *(specify amount)*: ..... $
9 7. ☐ There are *(specify number)* _____ other minor children of mine living with me. Their monthly expenses that I pay are *(specify amount)*: ..... $
8. I spend the following average monthly amounts *(please attach proof)*: .....
a. ☐ Job-related expenses that are not paid by my employer *(specify on separate sheet for what expenses are paid)* ..... $
10 b. ☐ Required union dues *(specify amount)*: ..... $
c. ☐ Required retirement payments (not Social Security or FICA) *(specify amount)*: ..... $
d. ☐ Health insurance costs *(specify amount)*: ..... $
e. ☐ Child support I am paying for other minor children of mine who are not living with me *(specify amount)*: $
f. ☐ Spousal support I am paying because of a court order for another relationship *(specify amount)*: ..... $
g. ☐ Monthly housing costs: ☐ rent or ☐ mortgage *(specify amount)*: ..... $
9. Information concerning ☐ my current employment ☐ my most recent employment:
Employer:
Address:
Telephone number:
Occupation:
Date work started: 11

Page 1 of 2

Form Approved for Optional Use
Judicial Council of California
FL-155 [Rev. January 1, 2003]

FINANCIAL STATEMENT (SIMPLIFIED)

Family Code, § 4068(b)
www.courtinfo.ca.gov

Como llenar una

DECLARACIÓN FINANCIERA (SIMPLIFICADA) (FL-155)

INSTRUCCIONES

- Encuentre el número en el formulario de muestra. *Ejemplo:* ❶
- Encuentre el número correspondiente abajo y siga las instrucciones.
- Escriba a máquina o a mano en tinta negra.
- Si conoce el No. de causa (Case Number) escribalo o deje en blanco.

❶ *Antes de completar la forma, lea las instrucciones en la segunda página* . Después, escriba su nombre y su domicilio aquí.

❷ Si no esta llenada para usted, escriba "Fresno" después de "COUNTY OF". El domicilio es: 1100 Van Ness Ave., Fresno CA 93724-0002. El nombre de la sucursal es: Central Branch.

❸ Usted es el "Petitioner"(Demandante) si comenzo la causa. Usted es el "Respondent"(Demandado) si otra persona comenzo la causa en su contra. Escriba el nombre completo para cada persona.

❹ Marque en **1**. Inciso **a**., si usted recibe TANF, SSI, o GA/GR y si ésta es la única manera que recibe dinero. Si usted marcó este cuadro, pase al (#8) que es el # 10 de las instrucciones. Marque 1.b si usted a solicitado para TANF, SSI, o GA/GR, pero no recivido dinero todavia.

❺ Para # 2, ponga el número de hijos nacidos o hijos adoptados por usted y por la otra parte. Para # 3, escriba el porcentaje de tiempo que usted esta con su hijo(s) y el porcentaje de tiempo que el otro padre esta con ellos. Ejemplo: Si usted tiene a su(s) hijo(s) entre semana y el otro padre los tiene los fines de semana, los hijos estan con usted como 70% del tiempo y el otro padre como 30% del tiempo.

❻ Para # 4, marque el cuadro que dice cómo usted hace sus impuestos, cómo padre soltero(a), casado archivando juntos, cómo cabeza de familia, o casado(a) pero archivando usted solo(a).

❼ Para # 5, ponga la cantidad de dinero que usted recibe cada mes antes de que le quiten los impuestos. Después marque en el cuadro de donde viene el dinero y escriba la cantidad. Cuando haya añadido la cantidad, él numero tiene que ser la misma cantidad que usted escribio para el total del ingreso mensual.

❽ Para # 6, marque todos los cuadros pertinentes y haga una lista con la cantidad para cada unos de estos gastos.

❾ Marque el cuadro después de # 7 si hay otros niños menores de 18 años viviendo con usted, quien no son parte de este caso. Ponga el número de niños y liste la cantidad de dinero que usted gasta en ellos cada mes.

❿ Lea # 8 cuidadosamente y marque todos los cuadros pertinentes. Haga una lista con la cantidad por promedio de dinero que gasta cada mes en estos desembolsos. Adjunte un comprobante que usted hace estos pagos (estado de cuentas, facturas etc.) .

⓫ Para # 9, marque el primer cuadro si usted actualmente tiene empleo o marque el segundo cuadro si usted no esta trabajando. Escriba el nombre, domicilio, y número de teléfono de su patrono actual o el más reciente. "Occupation" significa el título de su trabajo. Por ejemplo, "mecánico" or "cajero/a." Escriba el día que comenzo este empleo.

DECLARACIÓN FINANCIERA (SIMPLIFICADA) (FL-155)

- segunda pagina -

PETITIONER/PLAINTIFF: 12 RESPONDENT/DEFENDANT:	CASE NUMBER:

10. My estimate of the other party's gross monthly income (before taxes) is *(specify amount)*: . . . . . 13 $ _____
11. Other information I want the court to know concerning child support in my case *(attach extra sheet with the information)*.
I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the foregoing is true and correct.

Date: 14

_____ (TYPE OR PRINT NAME)

▶ _____ (SIGNATURE OF DECLARANT)

☐ PETITIONER/PLAINTIFF ☐ RESPONDENT/DEFENDANT

INSTRUCTIONS

Step 1: Are you eligible to use this form? *If your answer is YES to any of the following questions, you may NOT use this form*:

- Are you asking for spousal support (alimony) or a change in spousal support?
- Is your spouse or former spouse asking for spousal support (alimony) or a change in spousal support?
- Are you asking the other party to pay your attorney fees?
- Is the other party asking you to pay that party's attorney fees? 15
- Do you receive money (income) from any source other than the following?
  - Welfare (such as TANF, GR, or GA)
  - Salary or Wages
  - Disability
  - Unemployment
  - Worker's Compensation
  - Social Security
  - Retirement
- Are you self-employed?

If you are eligible to use this form and choose to do so, you do not need to complete the *Income and Expense Declaration* (form FL-150). Even if you are eligible to use this form, you may choose instead to use the *Income and Expense Declaration* (form FL-150).

Step 2: Make 2 copies of each of your 3 most recent pay stubs. If you received money from other than wages of salary, include copies of the payment notice received with that money.

Privacy notice: If you wish, you may cross out your Social Security Number if it appears on the wage stub or other payment notice.

Step 3: Make 2 copies of your most recent federal income tax form.

Step 4: Complete this form with the required information. Type the form if possible or complete it neatly and clearly in black ink. If you need additional room, please use plain or lined paper, 8 ½" x 11", and staple to this form.

Step 5: Make 2 copies of each side of this completed form and any attached pages.

Step 6: Serve a copy on the other party. Have someone other than yourself mail to the attorney for the other party, the other party, or the local child support agency one copy of this form, one copy of each of your three most recent pay stubs, and one copy of your most recent federal income tax return.

Step 7: File the original with the court. Staple this form with one copy of each of your three most recent pay stubs. Take this document and give it to the clerk of the court.

Step 8: Keep the remaining copies of the documents for your file.

Step 9: Bring the copy of your latest federal income tax return to the court hearing.

It is very important that you attend the hearings scheduled for this case. If you do not attend a hearing, the court may make an order without considering the information you want the court to consider. This may result in an order that is not what you want.

FL-155 [Rev. January 1, 2003] **FINANCIAL STATEMENT (SIMPLIFIED)** Page 2 of 2

INSTRUCCIONES

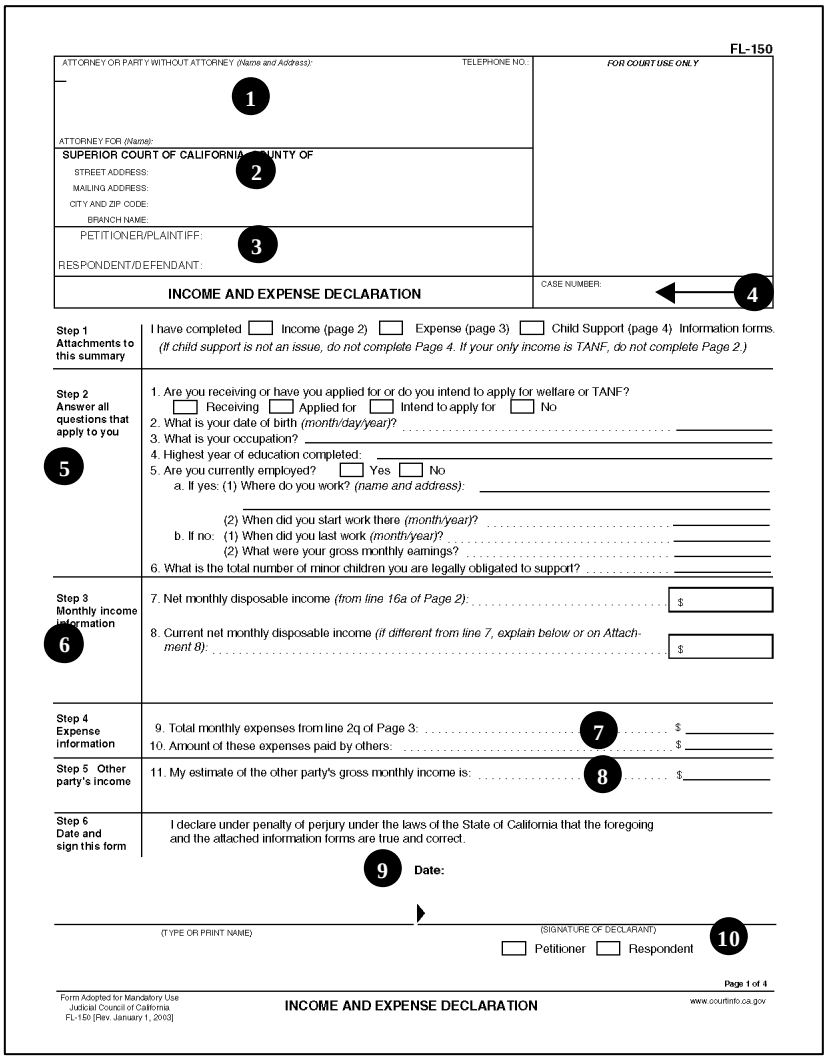
- Encuentre el número en el formulario de muestra. *Ejemplo:* 15
- Encuentre el numero correspondienete abajo y siga las instrucciones
- Escriba a máquina o a mano en tinta negra.
- Si conoce el No. de causa (Case Number) escribalo o deje en blanco.

12 Escriba el apellido y el nombre de pila de las dos partes de la causa.

13 Escriba la cantidad de dinero que usted piensa que la otra parte hace al mes antes que le quiten los impuestos.

14 Escriba su nombre con letra de molde en la izquierda y firme en la derecha. Escriba la fecha que firmo el formulario. Al firmar el formulario usted declara que todo lo que esta escrito es cierto y correcto. Si usted tiene algo más que quiere que el juez sepa de su causa, escribalo en otro papel y adjuntelo con este formulario.

15 Lea y siga las instrucciones de cada sección cuidadosamente. No hay nada que usted tiene que llenar, pero hay información aquí que le puede ayudar. Elegible “Eligible” significa “permitir.” La mayoría de la gente que llena este formulario probablemente reunen los requisitos, pero si usted respondió “YES” (sí) para alguna de las preguntas en el primer paso, no será pertmitido usar éste formulario.



FL-150

ATTORNEY OR PARTY WITHOUT ATTORNEY (Name and Address): TELEPHONE NO.: FOR COURT USE ONLY

1

ATTORNEY FOR (Name):

SUPERIOR COURT OF CALIFORNIA, COUNTY OF

2

STREET ADDRESS:
MAILING ADDRESS:
CITY AND ZIP CODE:
BRANCH NAME:

PETITIONER/PLAINTIFF:

3

RESPONDENT/DEFENDANT:

INCOME AND EXPENSE DECLARATION

CASE NUMBER: 4

Step 1 Attachments to this summary — I have completed ☐ Income (page 2) ☐ Expense (page 3) ☐ Child Support (page 4) Information forms. (If child support is not an issue, do not complete Page 4. If your only income is TANF, do not complete Page 2.)

Step 2 Answer all questions that apply to you — 5

1. Are you receiving or have you applied for or do you intend to apply for welfare or TANF? ☐ Receiving ☐ Applied for ☐ Intend to apply for ☐ No
2. What is your date of birth (month/day/year)?
3. What is your occupation?
4. Highest year of education completed:
5. Are you currently employed? ☐ Yes ☐ No
   a. If yes: (1) Where do you work? (name and address):
      (2) When did you start work there (month/year)?
   b. If no: (1) When did you last work (month/year)?
      (2) What were your gross monthly earnings?
6. What is the total number of minor children you are legally obligated to support?

Step 3 Monthly income information — 6

7. Net monthly disposable income (from line 16a of Page 2): $
8. Current net monthly disposable income (if different from line 7, explain below or on Attachment 8): $

Step 4 Expense information

9. Total monthly expenses from line 2q of Page 3: 7 $
10. Amount of these expenses paid by others: $

Step 5 Other party's income

11. My estimate of the other party's gross monthly income is: 8 $

Step 6 Date and sign this form — I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the foregoing and the attached information forms are true and correct.

9 Date:

(TYPE OR PRINT NAME) (SIGNATURE OF DECLARANT) 10

☐ Petitioner ☐ Respondent

Page 1 of 4

Form Adopted for Mandatory Use Judicial Council of California FL-150 [Rev. January 1, 2003] INCOME AND EXPENSE DECLARATION www.courtinfo.ca.gov

Cómo llenar

DECLARACION DE INGRESOS Y GASTOS (FL-150)

INSTRUCCIONES

- Encuentre el número en el formulario de muestra. *Example:* 1
- Encuentre el número correspondientre abajo y siga las instrucciones de como rellenar el formulario.
- Escriba a máquina o en molde, con tinta negra.
- Sí conoce el No. del caso (CASE NUMBER) escríbalo, sí no déjelo en blanco.

1 Escriba su nombre, dirección y número de teléfono.

2 Sí no está completado, escriba, write “Fresno” después de COUNTY OF. La dirección es: 1100 Van Ness Ave., Fresno CA 93724-0002. El nombre del Distrito es: Central Branch.

3 Escriba los nombres del “Petitioner “(demandante) y del “Respondent” (demandado). El “Plaintiff” (demandante) es la persona que inició el caso en contra de la otra parte.

4 Marque todas el cuadro pertinente a su caso. *Nota:* Si no se solicita el mantenimiento de los niños,(child Support) no deberá rellenar el formulario “Child Support Information” (página 4).

5 Conteste todas las preguntas del paso 2. Vocacion es su trabajo **5a** es (ejemplo: agricultor o trabajador del campo. En 5b2 escriba ingreso en bruto mensual, esta es la cantidad total que gana cada mes antes de que le quiten los impuestos. En el numero **6** anote niños menores de edad que son aquellos menores de 18 años.

6 Complete el paso 3 solamente si ha participado en el programa TANF(Asistencia provicional para familias nececitadas. Ponga su ingreso neto mensual disponible, como aparece en la línea 16a del formulario “ Income Information” (segunda pagina. Ingreso disponible es el dinero que sobra después de haber pagado todos sus gastos mensuales. Escriba su ingreso disponible actual. Si esta cantidad es diferente a la que puso en el número anterior, explique por qué en el espacio en blanco que se le provee o adjunte una página por separado(en la parte superior escriba “ Attachment” 8. Por ejemplo: Cambié de trabajo recientemente y ahora gano menos (o más) dinero de lo que ganaba en los últimos 12 meses.

7 En el paso 4, escriba la cantidad de gastos totales que escribió en la linea 2q del formulario “Expense Information” (página 3) y la cantidad de gastos pagados por otras personas(por ejemplo: Padres, empresa, esposa/o.

8 Escriba el ingreso total mensual de su esposa/o. “Estimate” es una aproximacion de lo que gana.

9 Escriba la fecha, escriba a máquina o a mano su nombre a la izquierda y firme a la derecha.

10 Marque la caja que lo nombra como “Peticioner” demandante o “Respondent” demandado. Escriba el número de páginas de información que va a entregar a la corte.(página 1 de ____)

PETITIONER/PLAINTIFF:
RESPONDENT/DEFENDANT:
INCOME INFORMATION OF *(name)*: 1

CASE NUMBER:

1. Total gross salary or wages, including commissions, bonuses, and overtime paid during the last 12 months: 1. $ _____
2. All other money received during the last 12 months **except welfare, TANF, SSI, spousal support from this marriage, or any child support.** *Include pensions, social security, disability, unemployment, military basic allowance for quarters (BAQ), spousal support from a different marriage, dividends, interest or royalty, trust income, and annuities. Include income from a business, rental properties, and reimbursement of job-related expenses* *Specify sources below:*
   _____ 2a. $ _____
   _____ 2b. $ _____
   _____ 2c. $ _____
   _____ 2d. $ _____
   ➤ *Prepare and attach a schedule showing gross receipts less cash expenses for each business or rental property*

2

3. Add lines 1 through 2d ..... 3. $ _____
   Divide line 3 by 12 and place result on line 4a.

3

	Average last 12 months:	Last month:
4. Gross income	4a. $ _____	4b. $ _____
5. State income tax	5a. $ _____	5b. $ _____
6. Federal income tax	6a. $ _____	6b. $ _____
7. Social Security and Hospital Tax ("FICA" and "MEDI") or self-employment tax, or the amount used to secure retirement or disability benefits	7a. $ _____	7b. $ _____
8. Health insurance for you and any children you are required to support	8a. $ _____	8b. $ _____
9. State disability insurance	9a. $ _____	9b. $ _____
10. Mandatory union dues	10a. $ _____	10b. $ _____
11. Mandatory retirement and pension fund contributions *Do not include any deduction claimed in item 7.*	11a. $ _____	11b. $ _____
12. Court-ordered child support, court-ordered spousal support, and voluntarily paid child support in an amount not more than the guideline amount, **actually being paid for a relationship *other* than that involved in this proceeding:**	12a. $ _____	12b. $ _____
13. Necessary job-related expenses *(attach explanation)*	13a. $ _____	13b. $ _____
14. Hardship deduction (Line 4d on Page 4)	14a. $ _____	14b. $ _____
15. Add lines 5 through 14. **Total monthly deductions:**	15a. $	15b. $
16. Subtract line 15 from line 4. **Net monthly disposable income:**	16a. $	16b. $

17. TANF, welfare, spousal support from this marriage, and child support from other relationships received each month: ..... 17. $ _____
18. Cash and checking accounts: ..... 18. $ _____
19. Savings, credit union, certificates of deposit, and money market accounts: ..... 19. $ _____
20. Stocks, bonds, and other liquid assets: ..... 20. $ _____
21. All other property, real or personal *(specify below)*: ..... 21. $ _____

4

➤ **Attach a copy of your three most recent pay stubs.**

FL-150 [Rev. January 1, 2003] **INCOME INFORMATION** Page 2 of 4

Como llenar

INFORMACION DE INGRESOS (FL-150a)

INSTRUCCIONES

- Encuentre el número en el formulario de muestra. *Example:* 1
- Encuentre el número correspondiente abajo y siga las instrucciones de como rellenar el formulario.
- Escriba a máquina o en molde, con tinta negra.
- Si conoce el No. del caso (CASE NUMBER) escríbalo, sí no déjelo en blanco.

1 Escriba el nombre del (Petitioner/Plaintiff) Demandante/Querellante y (Respondent/Defendant) Demandado /Acusado. Escriba su nombre después de "Income Information of."

2 * En la línea 1, escriba sus ingresos totales de los últimos 12 meses (antes de que quiten los impuestos).

* Lea atentamente la pregunta #2. Complete la cantidad de dinero que ha recibido (como pensiones, seguro social, desempleo, ect.) Describa el origen del dinero despues de "Specify sources below."

- Para cada negocio o propiedad de alquiler que usted tenga, escriba en otra hoja (schedule) cuanto dinero reciba del negocio o de la propiedad rentada, y reste los gastos que le causan tales propiedades. En el espacio, escriba el neto (ingreso menos los gastos) del dinero que le queda.
- Sume las líneas del 1 al 2.d, para obtener el resultado de la línea 3. Divida la cantidad de la línea 3 por 12, y escriba el resultado en la línea 4a.

3 * Complete aquellas lineas que le apliquen. De lo contario, déjelo en blanco.

* Para cada uno de los artículos, escriba el promedio (usual) de cantidad de los últimos 12 meses en la primera columna, y en la otra la cantidad exacta del mes pasado.

* Sí usted declara gastos del empleo (línea 13) deberá adjuntar una explicación.

* Sí es su caso, la línea 14 es la misma cantidad que la de la línea 4d sobre la "información de manutención de niños" (página 4)

Complete todas las líneas que le sean aplicables. De lo contario déjelo en blanco.

4

1. Llene el número de páginas (Página___ de___).
   - Adjunte copias de los últimos tres talones de cheques.

PETITIONER/PLAINTIFF:
RESPONDENT/DEFENDANT:
EXPENSE INFORMATION OF *(name)*: 1

CASE NUMBER:

1. a. List all persons living in your home **whose expenses are included below** and their income: 2
☐ Continued on Attachment 1a.

name	age	relationship	gross monthly income
1.			
2.			
3.			
4.			

b. List all other persons living in your home and their income: 3
☐ Continued on Attachment 1b.

1.			
2.			
3.			

2. MONTHLY EXPENSES 4

a. Residence payment
(1) ☐ Rent or ☐ mortgage . . . . . $_____

(2) If mortgage, include:
Average principal . . . . . $_____
Average interest . . . . . $_____
Impound for real property taxes . . . . . $_____
Impound for home-owner's insurance . . . . . $_____

(3) Real property taxes *(if not included in item (2))* . . . . . $_____

(4) Homeowner's or renter's insurance *(if not included in item (2))* . . . . . $_____

(5) Maintenance . . . . . $_____

b. Unreimbursed medical and dental expenses . . . . . $_____

c. Child care . . . . . $_____

d. Children's education . . . . . $_____

e. Food at home and household supplies . . $_____

f. Food eating out . . . . . $_____

g. Utilities . . . . . $_____

h. Telephone . . . . . $_____

i. Laundry and cleaning . . . . . $_____

j. Clothing . . . . . $_____

k. Insurance *(life, accident, etc. Do not include auto, home, or health insurance)* $_____

l. Education *(specify)*: . . . . . $_____

m. Entertainment . . . . . $_____

n. Transportation and auto expenses *(insurance, gas, oil, repair)* . . . . . $_____

o. Installment payments *(insert total and itemize below in item 3)* . . . . . $_____

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

q. TOTAL EXPENSES (a-p) . . . . . $_____
(do not include amounts in a(2))

3. ITEMIZATION OF INSTALLMENT PAYMENTS OR OTHER DEBTS ☐ Continued on Attachment 3.

CREDITOR'S NAME	PAYMENT FOR	MONTHLY PAYMENT	BALANCE	DATE LAST PAYMENT MADE

4. ATTORNEY FEES
a. To date I have paid my attorney for fees and costs: $ _____ The source of this money was:
b. I owe to date the following fees and costs over the amount paid:
c. My arrangement for attorney fees and costs is:

I confirm this information and fee arrangement.

(SIGNATURE OF ATTORNEY)

(TYPE OR PRINT NAME OF ATTORNEY)

Como llenar

INFORMACIÓN SOBRE GASTOS (FL-150b)

INSTRUCCIONES

- Encuentre el número en el formulario de muestra. *Ejemplo:* 1
- Encuentre el número correspondiente abajo y siga las instrucciones.
- Escriba a máquina o en letra de molde, con tinta negra.
- Si conoce el No. del caso (CASE NUMBER) escríbalo, sí no déjelo en blanco.

1 Escriba el nombre del (Petitioner/Plaintiff) Demandante/Querellante y el (Respondent/ Defendant)Demandado/ Acusado . Escriba su nombre después de “Expense Information of.”

2 Sí hay personas que vivan en su casa, cuyos gastos paga usted, enumérelos aqui. Escriba sus nombres debajo de “name”, edades debajo de “age”, y la relación que tienen hace usted debajo de “relationship” (hermano, padres, compañero de cuarto) y sus ingresos brutos mensuales debajo de “gross monthly income” (la cantidad antes de impuestos) Sí necesita más espacio, marque el cuadro “Continued on Attachment 1a”, añada otra hoja, y escriba “ Attachment 1a” en la parte superior de la hoja.

3 Sí hay personas que viven en su casa que no pagan ninguno de tus gastos menusuales, enumérelos como hizo anteriormente. Sí necesita más espacio, marque el cuadro “Continued on Attachment 1b” y escriba Attachment 1a en la parte superior de la hoja.

4 Escriba la cantidad que gasta mensualmente para cada uno de los siguientes apartados. Lea cada línea atentamente, sí algo no le es aplicable, déjelo en blanco..

a. Marque el cuadro “Rent” si paga renta. Si esta comprando su casa marque “Mortgage”. Al lado escriba la cantidad.

b. “Unreimbursed medical and dental expenses”, significa cantidad total de los gastos medicos/dentales no reembolsados por la Compañía de Seguros que usted paga.

c. Si usted paga mensualmente para el cuidado de su(s) hijo(s), ponga la cantidad.

d. La cantidad que paga para la educación de su(s) hijo(s) (gastos mensuales como matrícula, almuerzo y material para la escuela.)

PETITIONER/PLAINTIFF: RESPONDENT/DEFENDANT: EXPENSE INFORMATION OF *(name)*:	CASE NUMBER:

1. a. List all persons living in your home **whose expenses are included below** and their income: ☐ Continued on Attachment 1a.

name	age	relationship	gross monthly income
1.			
2.			
3.			
4.			

b. List all other persons living in your home and their income: ☐ Continued on Attachment 1b.

1.			
2.			
3.			

2. MONTHLY EXPENSES

4

a. Residence payment
(1) ☐ Rent or ☐ mortgage . . . . . $_____
(2) If mortgage, include:
Average principal . . . . . $_____
Average interest . . . . . $_____
Impound for real property taxes . . . . . $_____
Impound for homeowner's insurance . . . . . $_____
(3) Real property taxes *(if not included in item (2))* . . . . . $_____
(4) Homeowner's or renter's insurance *(if not included in item (2))* . . . . . $_____
(5) Maintenance . . . . . $_____

b. Unreimbursed medical and dental expenses . . . . . $_____

c. Child care . . . . . $_____

d. Children's education . . . . . $_____

e. Food at home and household supplies . . $_____

f. Food eating out . . . . . $_____

g. Utilities . . . . . $_____

h. Telephone . . . . . $_____

i. Laundry and cleaning . . . . . $_____

j. Clothing . . . . . $_____

k. Insurance *(life, accident, etc. Do not include auto, home, or health insurance)* $_____

l. Education *(specify)*: . . . . . $_____

m. Entertainment . . . . . $_____

n. Transportation and auto expenses *(insurance, gas, oil, repair)* . . . . . $_____

o. Installment payments *(insert total and itemize below in item 3)* . . . . . $_____

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

q. TOTAL EXPENSES (a-p) . . . . . $_____ *(do not include amounts in a(2))*

3. ITEMIZATION OF INSTALLMENT PAYMENTS OR OTHER DEBTS ☐ Continued on Attachment 3.

5

CREDITOR'S NAME	PAYMENT FOR	MONTHLY PAYMENT	BALANCE	DATE LAST PAYMENT MADE

4. ATTORNEY FEES

6

a. To date I have paid my attorney for fees and costs: $ _____ The source of this money was:
b. I owe to date the following fees and costs over the amount paid:
c. My arrangement for attorney fees and costs is:

I confirm this information and fee arrangement.

▶ _____
(SIGNATURE OF ATTORNEY)

_____
(TYPE OR PRINT NAME OF ATTORNEY)

Como rellenar

INFORMACIÓN SOBRE GASTOS (FL-150b)

página dos

CONTINUACIÓN

4

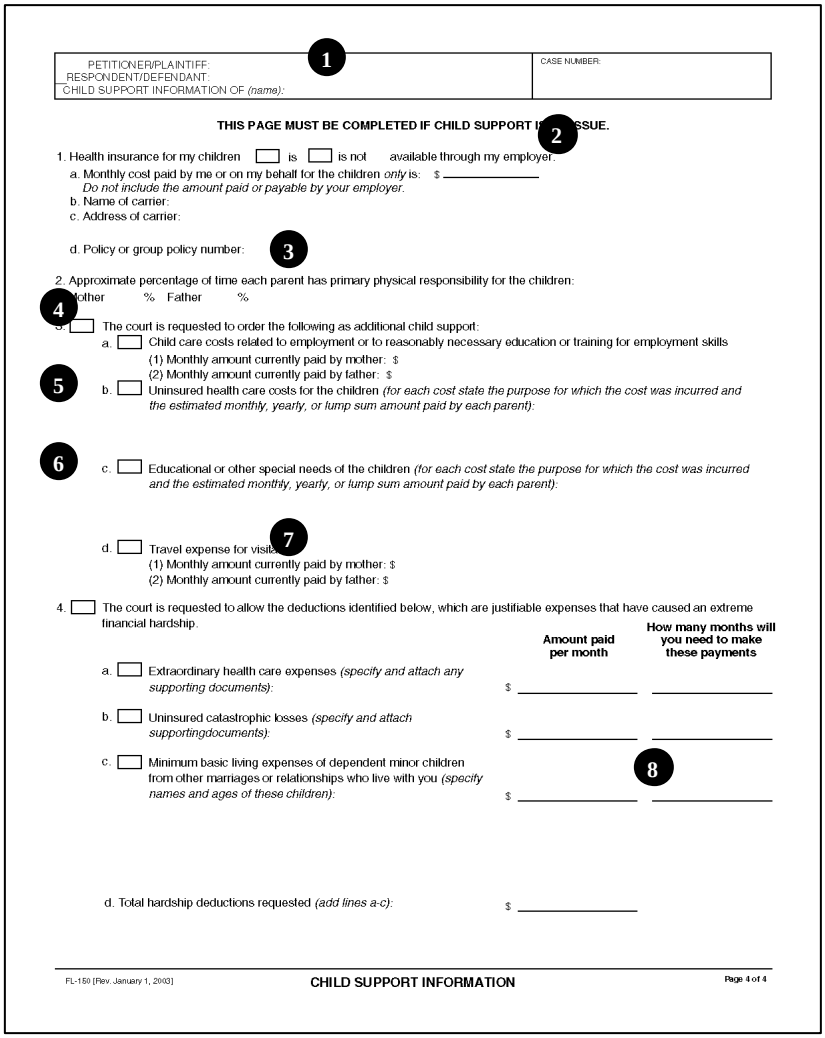
e. La cantidad del gasto de la casa (comida y articulos para la limpieza).
f. La cantidad que paga en comidas de la calle (McDonalds, Burger King).
g. La cantidad que paga en utilidades (pago de luz, gas, cable, etc.)
h. La cantidad para el teléfono.
i. La cantidad para lavar y para la lavandería.
j. La cantidad para ropa.
k. La cantidad para aseguranza (vida, accidentes, etc. NO ponga aseguranza de carro, casa o salud.)
l. La cantidad para la educación (especificar).
m. La cantidad para entretenimiento (cine, patinaje, baile).
n. La cantidad de los gastos para el automóvile (aseguranza, gas, aceite, reparacion).
o. Escriba la cantidad total que paga mensualmente (Ejemplo: Sears, JCPenny) En la área ❺ pondra detalles.
p. Aquí pondra otro gasto que tenga y especifique.
q. Ponga la suma total que paga de todo (a-p) *no incluya la parte (2) promedio principal*.

5

Liste los pagos menuales u otras deudas (como tarjetas de crédito o pagos del carro). Sí necesita más espacio, marque el cuadro, añada otra hoja, y escriba "Attachment 3" arriba. Ponga el nombre del acreedor (ejemplo: Mastercard, Sears, JCPenny) debajo de "Creditor's Name", el tipo de pago (pago del carro, pago de un préstamo, etc.) debajo de "Payment for", la cantidad de pago mensual debajo de "Monthly Payment", el balance(cantidad que todavía debe pagar) debajo de "Balance", y la fecha del último pago al acreedor.

6

No ponga nada aquí, sólo aí ha pagado a un abogado por llevarle este caso.



PETITIONER/PLAINTIFF:
RESPONDENT/DEFENDANT:
CHILD SUPPORT INFORMATION OF *(name)*:

CASE NUMBER:

THIS PAGE MUST BE COMPLETED IF CHILD SUPPORT IS AN ISSUE.

1. Health insurance for my children ☐ is ☐ is not available through my employer.
   a. Monthly cost paid by me or on my behalf for the children *only* is: $ _____
   Do not include the amount paid or payable by your employer.
   b. Name of carrier:
   c. Address of carrier:
   d. Policy or group policy number:

2. Approximate percentage of time each parent has primary physical responsibility for the children:
   Mother % Father %

3. ☐ The court is requested to order the following as additional child support:
   a. ☐ Child care costs related to employment or to reasonably necessary education or training for employment skills
   (1) Monthly amount currently paid by mother: $
   (2) Monthly amount currently paid by father: $
   b. ☐ Uninsured health care costs for the children *(for each cost state the purpose for which the cost was incurred and the estimated monthly, yearly, or lump sum amount paid by each parent):*
   c. ☐ Educational or other special needs of the children *(for each cost state the purpose for which the cost was incurred and the estimated monthly, yearly, or lump sum amount paid by each parent):*
   d. ☐ Travel expense for visits
   (1) Monthly amount currently paid by mother: $
   (2) Monthly amount currently paid by father: $

4. ☐ The court is requested to allow the deductions identified below, which are justifiable expenses that have caused an extreme financial hardship.

	Amount paid per month	How many months will you need to make these payments
a. ☐ Extraordinary health care expenses *(specify and attach any supporting documents)*:	$ _____	_____
b. ☐ Uninsured catastrophic losses *(specify and attach supportingdocuments)*:	$ _____	_____
c. ☐ Minimum basic living expenses of dependent minor children from other marriages or relationships who live with you *(specify names and ages of these children)*:	$ _____	_____
d. Total hardship deductions requested *(add lines a-c)*:	$ _____	

FL-150 [Rev. January 1, 2003] **CHILD SUPPORT INFORMATION** Page 4 of 4

Como llenar un

INFORMACIÓN SOBRE MANUTENCIÓN DEL MENOR (FL-150c)

INSTRUCCIONES

- Encuentre el número en el formulario de muestra. *Example:* 1
- Encuentre el número correspondiente abajo y siga las instrucciones.
- Escriba a máquina o en letra de molde, con tinta negra.
- Si conoce el No. del caso (CASE NUMBER) escríbalo, sí no déjelo en blanco.

Nota: Complete este formulario sí se le solicita la manutención del menor.

1. Escriba el nombre del (Petitioner/Plaintiff) Querellante/Demandante y Acusado (Respondent/ Defendant)el Demandado/. Escriba su nombre después de "Child Support Information of."

2. Si sus hijos tienen aseguranza de salud por medio de su trabajo marque el primer cuadro. Si no, marque el segundo cuadro.
   a. Sí le es aplicable, escriba el pago mensual a la aseguranza de salud de sus hijos que NO es pagado por su trabajo (es pagado por usted o alguién más).
   b. Escriba el nombre de la compañía del plan de aseguranza de salud de sus hijos (ejemplo: Aetna, Prudential).
   c. Escriba la dirección de la compañía
   d. Escriba el número de la póliza, o número de la póliza en grupo.

3. Escriba el porcentaje de tiempo que están los hijos con cada padre. Ejemplo: si usted los tiene entre semana y el otro padre los tiene el fin de semana , están con usted un 70% del tiempo y con el otro padre un 30% del tiempo.

4. Sí se quiere más manutención, marque el cuadro 3 y uno o los dos cuadros de abajo. Escriba cuanto paga ahorita el padre y/o madre para el cuidado de menor(es) cuando trabajan o están formándose para un trabajo, y para los gastos de salud que no están asegurados. Explique los costos de salud y aproximadamente cuanto pagó cada padre.

5. Marque este cuadro sí hay otra necesidad educativa o especial de los niños. Explique en que consisten estos pagos y cuanto paga cada padre, etc. Ejemplo: "Mi hijo es incapacitado y asiste clases especiales dos veces a la semana.

6. Marque este cuadro si algun padre tiene gastos de viaje para visitar a los hijos. Escriba cuanto mensualmente.

7. Sí tiene gastos que son muy difíciles para pagar cada mes, marque el cuadro 4 y listelos aquí. Escriba cuanto paga cada mes abajo de "Amount paid per month" y por cuantos meses tiene que pagar, debajo de "How many months will you need to make these payments."
   a. Marque este cuadro sí tiene pagos caros por el cuidado de la salud. Explique en el espacio y añada hojas de pagos médicos que confirman su petición (Ejemplos: diabetes, asthma)
   b. Marque el cuadro, sí tuvo un gran gasto por no estar asegurado. Explique en el espacio y añada las hojas que confirman su reclamación (Ejemplo: fuego destruyó su casa, efectos personales).
   c. Marque este cuadro, sí ya paga gastos por otros niños que viven con usted (de otro matrimonio o relaciones). Escriba los nombres y edades de los niños en el espacio.

8. Escriba la cantidad total de estos gastos difíciles. Escribe el número de páginas (Página ___ de ____).