

**AFFIDAVIT OF FINANCIAL INFORMATION
AFFIDÁVIT 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 _____

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

Respondent/Demandado

Affidavit of:
Affidávit de:

(Name of person whose information is on this Affidavit)
(Nombre de la persona cuya información se encuentra en
este affidávit)

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

<input type="checkbox"/> YES/ SÍ	<input type="checkbox"/> NO/NO	1. I have listed all sources of my income. <i>Yo he hecho una lista de todas las fuentes de mis ingresos.</i>
<input type="checkbox"/> YES/ SÍ	<input type="checkbox"/> 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>
<input type="checkbox"/> YES/ SÍ	<input type="checkbox"/> 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>

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 part 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/ Source of funds/
Honorarios de abogado pagados en este caso : \$ _____ *Procedencia de los fondos:* _____

Case No. _____

Núm. de caso _____

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: _____

Case No. _____

Núm. de caso _____

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 *SSDI/Ingreso por discapacidad* check one/(*marque uno*) \$ _____

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 \$ _____

Case No. _____

Núm. de caso _____

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) \$ _____

Car payments/expenses/

Pago y gastos del auto: \$ _____

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

Car insurance/
Seguro del auto: \$ _____

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

Food/Comida: \$ _____

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

Clothing/Ropa: \$ _____

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

Case No. _____

Núm. de caso _____

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, AHCCCS or Kids Care)?/*¿Tiene usted seguro médico? (ni Medicaid, AHCCCS ni Kids Care)* Yes/Sí No/No

Are these children covered?/*¿Están cubiertos estos niños?* Yes/Sí No/No

- Total monthly cost/*Costo total al mes* \$ _____
- Premium cost to insure you alone/*Costo de prima para asegurarse solo usted* \$ _____
- 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

- Total monthly cost/*Costo total al mes* \$ _____
- Premium cost to insure you alone/*Costo de prima para asegurarlo solo a usted* \$ _____
- 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)*

Case No. _____

Núm. de caso _____

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/GASTOS EXTRAORDINARIOS: For children common to this case: (Does not include expenses for extracurricular activities)/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/Núm.

de caso del tribunal: _____

State/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. _____

Case No. _____

Núm. de caso _____

**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. _____