

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LOS DOCUMENTOS DE MODIFICACIÓN

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

Una revisión para modificación puede solicitarse cada tres (3) años sin mostrar un cambio de circunstancia. Si usted solicita una revisión para modificación antes de los tres años, usted debe demostrar de que ha habido un cambio substancial y continuo de circunstancias. Ejemplos que pueden considerarse como un cambio substancial y continuo de circunstancias incluye la adición a o cambio de seguro médico, pérdida de trabajo, si se vuelve discapacitado, o un aumento o reducción de sueldo. La documentación del cambio de circunstancias debe mostrar que la cantidad de la orden de sustento va a cambiar por lo menos quince por ciento (15%) o se necesita una orden de sustento médico en efectivo.

La División de Servicios de Sustento para Menores (DCSS por sus siglas en inglés) lleva a cabo revisiones para modificaciones según las Guías de Sustento para Menores de Arizona. Estas directrices pueden ser encontradas en el enlace de abajo:

<http://www.azcourts.gov/Portals/31/GuideSched10072011.pdf>

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

- Petición para Revisión de Modificación – (CSE-1170A)
- Affidávit de Información Financiera/Tiempo de los Padres con los Hijos/Ajuste de Visitas – (CSE-1171A)
- Convenio para Aceptar Notificación por Correo – (CSE-1167A)
- Lista de Verificación para Petición de Modificación – (CSE-1172A)

La **Petición para Revisión de Modificación** (CSE-1170A) es su petición para modificar su orden de sustento de menores. Por favor lea la información contenida en este documento y llene la información solicitada en el calce del documento.

Para determinar si su caso reúne el criterio para una modificación, se necesita que proporcione información completa y precisa. **Affidávit de Información Financiera** (CSE-1171A) se utiliza para proveer su información financiera. Usted debe proveer:

- sus dos (2) talones de cheques más recientes
- copias de su reembolso de impuestos federales de los últimos tres (3) años
- copias de su formularios más recientes de W-2 y 1099 de todas las fuentes de ingresos
- comprobante de otros hijos, costo de seguro y/o cambio de circunstancias
- comprobante de gastos de guardería infantil
- comprobante de prima médica/dental
- copia(s) de acta(s) de nacimiento de niño(s) quien(es) reside(n) con usted pero no es/son común(es) a las partes

La última página de la **Affidávit de Información Financiera** (CSE-1171A) incluye la sección de **Tiempo de los Padres con los Hijos/Ajuste de Visitas** en la cual usted indica lo establecido o pautas esperadas de tiempo de los padres con los hijos. Las Directrices requieren que se haga un ajuste a la cantidad de sustento de menores según el tiempo que el padre sin custodia actualmente pasa con el niño(s). El tiempo que el/los niño(s) pasa(n) en la escuela o guardería infantil no se considera tiempo de los padres con los hijos. Por favor lea las instrucciones, cuidadosamente, antes de llenar los documentos.

El **Convenio para Aceptar Notificación por Correo** (CSE-1167A) permite a DCSS notificarlo por correo en vez de que un portador de resoluciones formalmente lo notifique. Llene su número de caso de ATLAS, número de Caso del Tribunal y nombre en los espacios adecuados. Asegúrese de anotar su dirección actual en este documento para que usted reciba los documentos a tiempo. El CSE-1167A, **TIENE** que legitimarse notarialmente antes de enviarlo a la DCSS. Los servicios de legitimación notarial se proveen libres de cargo en su Oficina local de la DCSS.

La **Lista de Control para Petición de Modificación** (CSE-1172A) tiene que llenarse. Por favor marque todos los elementos que han cambiado que afectan la manutención de su niño/a. Indique la fecha de cuándo termino su último trabajo o la fecha de cuándo usted fue encarcelado/a si es apropiado.

Cuando comience el proceso de modificación, la DCSS va a completar la modificación mientras su caso se mantenga abierto. Cuando la DCSS reciba su petición de revisión para modificar su orden de sustento, el proceso de modificación puede tomar hasta ciento ochenta (180) días calendario. La cantidad de sustento de menores puede subir, bajar, permanecer igual o puede incluir un cambio en la cobertura médica.

Después de que se termine la revisión de la modificación, si hay un cambio del 15% o si se necesita una orden de sustento médico en efectivo, se entablará una modificación. Si no hay un cambio del 15%, se le enviara una notificación por correo a ambas partes comunicándoles que la DCSS no va a entablar una modificación. Si usted tiene cualquier pregunta o inquietud sobre los resultados de la revisión, debe comunicarse con la DCSS dentro de diez los (10) días de haber recibido la notificación. Aparte de eso, usted puede seguir el progreso de su caso en línea en www.azdes.gov/dcsc

Nota: Usted no tiene que ir a través de la DCSS para una modificación. Usted siempre tiene la opción de entablar una modificación por su propia cuenta en el Tribunal.

*****Todos estos documentos deben llenarse en la medida de sus capacidades y enviarlos por correo o entregarlos a la DCSS antes de que se revise su caso para una modificación. No provea documentos con más de seis (6) meses de antigüedad.*****

Si usted necesita información adicional, usted se puede comunicar con Servicio al Cliente de la DCSS al (800) 882-4151 o (602) 252-4045, en línea en www.azdes.gov/dcsc, o ir a la Oficina local de la DCSS. Otro recurso es el Centro de Autoservicio del Tribunal Superior del Condado de Maricopa en línea en el siguiente enlace:

<http://www.superiorcourt.maricopa.gov/SuperiorCourt/Self-ServiceCenter>

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Esto significa por ejemplo que, si es necesario, el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, llame al 602-252-4045; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas con los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English on-line or at the local office.

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Division of Child Support Services
(División de Servicios de Sustento para Menores)

PETICIÓN PARA REVISIÓN DE MODIFICACIÓN

No. ATLAS:

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

Para que se pueda llevar a cabo una revisión, usted debe llenar todos los siguientes documentos: la **Affidávit de Información Financiera (CSE-1171A)**, el **Convenio de Aceptar la Notificación por Correo (CSE-1167A)**, y la **Lista de Verificación para Petición de Modificación (CSE-1172A)**. Usted debe firmar el **Convenio de Aceptar la Notificación por Correo (CSE-1167A)** ante un notario. Una revisión de modificación no va a comenzar hasta que la DCSS reciba estos documentos llenos y legitimados notarialmente. La DCSS proporciona servicios notariales, libres de cargo, en su oficina local.

El sustento médico es una provisión requerida para toda orden de sustento para menores. Si usted les proporciona seguro de salud a sus hijos (*aparte del seguro que dar el gobierno, tal como AHCCCS o Kids Care*), usted debe proveer todos los números de póliza, números de grupo e información de costos. Esta información debe llenarse en la página 7 de la **Affidávit de Información Financiera (CSE-1171A)**. Si no hay cobertura de seguro médico, una orden de sustento médico en efectivo puede añadirse a la orden actual de sustento para menores.

Si usted desea ayuda para llenar los documentos, la DCSS lleva a cabo talleres para la modificación de órdenes judiciales dirigidos a los padres que tienen casos abiertos con la DCSS los primeros jueves de cada mes en las oficinas del Condado de Maricopa o a su solicitud. Puede encontrar información adicional sobre modificaciones en el sitio web de la DCSS:
https://www.azdes.gov/az_child_support/paying_modifying.aspx.

Tal vez no se necesite una audiencia en el tribunal. Ambas partes pueden firmar un convenio legal (*estipulación*) a una orden. Si ambas partes acuerdan con una orden propuesta, por favor comuníquese con su oficina local para obtener una cita con la DCSS.

Por favor provea la siguiente información y regrese este formulario con su **Convenio de Aceptar Notificación por Correo** lleno (*CSE-1167A*) lleno, la **Affidávit de Información Financiera (CSE-1171A)**, y la **Lista de Verificación para Petición de Modificación (CSE-1172A)**.

Su Nombre: _____

Su Dirección Actual: _____

Su Número de Teléf. de Casa: _____

Su Número de Teléf. Celular: _____

Su Número de Teléf. del Trabajo: _____

Dirección de las Otras Partes: _____

Número de Teléf. de las Otras Partes: _____

Fecha de último contacto con la otra parte: _____

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Esto significa por ejemplo que, si es necesario, el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, 602-252-4045; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas con los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente.

• Available in English on-line or at the local office.

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PETICIÓN DE MODIFICACIÓN

| | |
|--------|-----------|
| NOMBRE | NO. ATLAS |
|--------|-----------|

Yo estoy solicitando una modificación como resultado del siguiente cambio substancial o continuo (marque todo lo que corresponda):

Cambio Substancial: Un cambio que resultaría en un aumento o disminución de su orden judicial de su sustento actual.

Cambio Continuo: Un cambio que ocurriría continuamente por seis meses o más.

Nota: Herencias por una sola vez o un bono por una sola vez no se consideran cambios de eventos substanciales y/o continuos.

- Mi orden judicial se estableció o se modificó por última vez hace más de 3 años.
- Cambio en Empleo/Ingreso.
- Perdida de Trabajo (Fecha de terminación del último trabajo): _____
 Usted está desempleado por lo menos 30 días, con la posibilidad que va a continuar por otros 90 días.
- Encarcelamiento (Fechas de encarcelamiento) _____ a _____
- Determinación de Discapacidad.
- Cambio continuo en custodia y/o en el tiempo de los padres con los hijos.
- Uno o más hijos se emanciparon.
- Nacimiento de hijos adicionales que mantener.
- Cambios en los gastos relacionados con los niños (p.ej., cuidado infantil).
- Cambios Médicos
 - Aumento en el Costo de la Prima
 - Pérdida de la Cobertura
 - Cambio en la orden de las partes para proveer cobertura médica
 - Necesidad de una orden para Sustento Médico en Efectivo

Su petición de modificación debe incluir esta **Lista de Verificación para la Petición de Modificación Ilena (CSE-1172A)**, una **Notificación para Revisión de una Modificación (CSE-1170) Affidavit de Información Financiera (CSE-1171A)** y un **Convenio para Aceptar la Notificación por Correo legitimado notarialmente (CSE-1167A)**.

Si su orden judicial tiene más de tres años, usted tiene el derecho de solicitar una modificación de su orden sin demostrar un cambio en circunstancia que sea substancial y continua. Sin embargo, **toda petición** cuando las órdenes judiciales tienen menos de tres años, debe reunir el criterio de modificación como se encuentra subrayado arriba o su caso pueda no cumplir con los requisitos para que la DCSS entable una modificación.

Las órdenes judiciales de sustento para menores de otros estados no necesariamente pueden modificarse en Arizona y puede tomar más tiempo para procesarlas.

Su caso tal vez no cumpla con los requisitos para una modificación, si:

- El hijo menor que se emancipó tiene menos de un año de edad
- No se localiza al otro padre
- La orden judicial actual es cero por razones de encarcelamiento/discapacitación y la otra parte aun está encarcelada/discapacitada

Si su caso no cumple con los requisitos para una revisión para modificación por la DCSS, usted aún puede solicitar una modificación por su propia cuenta por medio de un tribunal adecuado.

REVISE EL PROGRESO DE SU CASO en www.azdes.gov/dcss/

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

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

Parent's Name/Nombre del Padre

Service Address/Dirección para efecto de notificaciones
No., Street, Apt. No./núm., calle, núm. de apartamento
City, State, ZIP Code/ciudad, estado, C. P.

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
Request for Transfer/Petición de Transferencia
Order to Appear/Orden de comparecencia
Parent's Worksheet Packet/Paquete de Hoja de Trabajo de los Padres
State's Affidavit for Modification/Affidávit del Estado para la Modificación
Notice to Parties/Notificación a las Partes
Child Support Guidelines Worksheet/Hoja de Trabajo de las Guías de Sustento para Menores
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.

8. I certify under penalty of perjury that the foregoing is true and correct.
Certifico bajo pena de perjurio que lo anteriormente mencionado es fiel y cierto.

Signature/Firma

Date/Fecha

State of Arizona)
County of _____)

Subscribed and sworn or affirmed and acknowledged before me by _____ this date: _____

My commission expires:

Signature of Notary Public

**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 _____

Respondent/Demandado

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

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

- YES/ SÍ NO/NO 1. I have listed all sources of my income.
Yo he hecho una lista de todas las fuentes de mis ingresos.
- YES/ SÍ NO/NO 2. I have attached copies of my two (2) most recent pay stubs.
Yo adjunté copias de mis dos (2) últimos talones de pago.
- 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.
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.

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.* _____