# Instrucciones para completar la

# Declaración de Ingresos y Gastos

Este paquete está diseñado para ayudarle a llenar una Declaración de Ingresos y Gastos e incluye la "Declaración de Ingresos y Gastos" [FL-150]

Una Declaración de Ingresos y Gastos deberá ser presentada con copias de los dos más recientes talones de pago. Si usted trabaja por propia cuenta adjunte los últimos dos años de su declaración de impuestos incluyendo la sección C (ganancias y pérdidas). Asegúrese de borrar con un marcador negro los números de seguro social que aparecen en sus talones de pago o declaraciones de impuestos. Usted debe tener su declaración de impuestos disponible cuando vaya a la corte por si la corte los exige. Esto le puede ahorrar otra fecha de corte evitando la necesidad de continuar la audiencia para otra fecha.

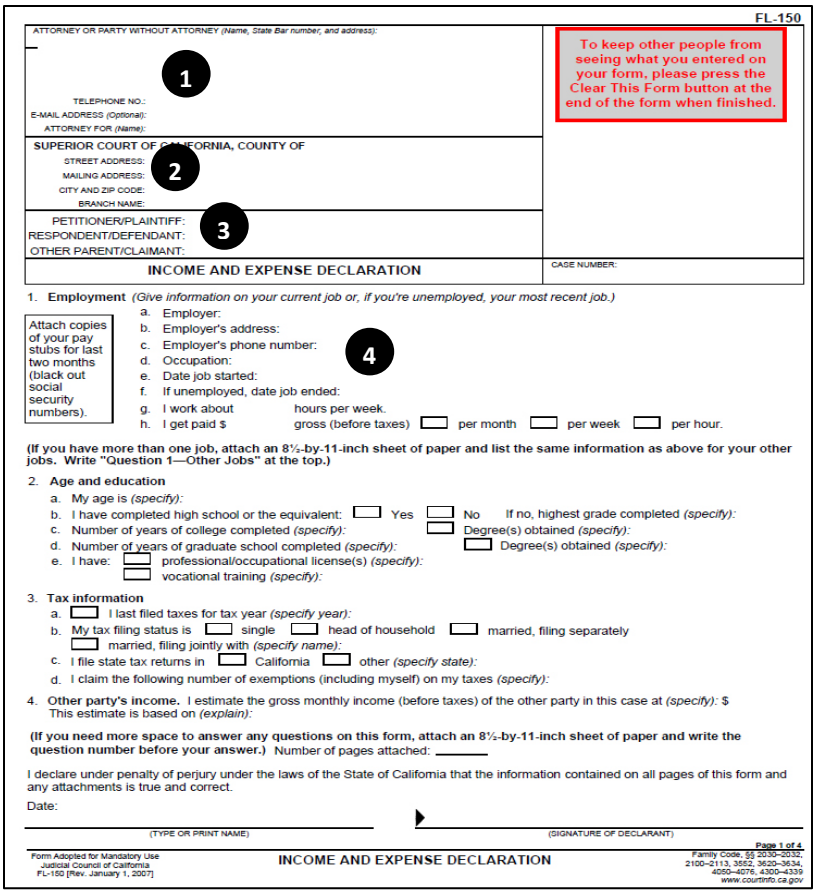
No hay cobro por entablar la Declaración de Ingresos y Gastos.

Una vez que la Declaración de Ingresos y Gastos este completa, haga copias para cada participante en el caso una de las partes (es decir, una para usted, otra para el otro participante, y otro para el Departamento de Manutención de Menores).

La copia original es entablada con la corte; una copia tiene que ser entregada a cada participante del caso por medio de una persona que no sea usted y que sea mayor de 18 años de edad. Eso se debe de hacer por correo o en persona. Una Prueba de la Notificación Legal tiene que ser completada por la persona que entrego la Declaración de Ingresos y Gastos al otro participante y esa Prueba de la Notificación Legal debe de ser entablada con la corte.

Si necesita más ayuda, comuníquese con el Centro de Ayuda de la Corte Superior de San Diego o visite el sitio web www.sdcourt.ca.gov y haga clic en el enlace de Centro de Ayuda.

# Instrucciones con ejemplos del formulario



FL-150

ATTORNEY OR PARTY WITHOUT ATTORNEY (Name, State Bar number, and address):

1

TELEPHONE NO.:
E-MAIL ADDRESS (Optional):
ATTORNEY FOR (Name):

To keep other people from seeing what you entered on your form, please press the Clear This Form button at the end of the form when finished.

SUPERIOR COURT OF CALIFORNIA, COUNTY OF
STREET ADDRESS:
MAILING ADDRESS:
CITY AND ZIP CODE:
BRANCH NAME:

2

PETITIONER/PLAINTIFF:
RESPONDENT/DEFENDANT:
OTHER PARENT/CLAIMANT:

3

INCOME AND EXPENSE DECLARATION

CASE NUMBER:

1. **Employment** *(Give information on your current job or, if you're unemployed, your most recent job.)*

Attach copies of your pay stubs for last two months (black out social security numbers).

a. Employer:
b. Employer's address:
c. Employer's phone number:
d. Occupation:
e. Date job started:
f. If unemployed, date job ended:
g. I work about hours per week.
h. I get paid $ gross (before taxes) ☐ per month ☐ per week ☐ per hour.

4

**(If you have more than one job, attach an 8½-by-11-inch sheet of paper and list the same information as above for your other jobs. Write "Question 1—Other Jobs" at the top.)**

2. **Age and education**
a. My age is *(specify)*:
b. I have completed high school or the equivalent: ☐ Yes ☐ No If no, highest grade completed *(specify)*:
c. Number of years of college completed *(specify)*: ☐ Degree(s) obtained *(specify)*:
d. Number of years of graduate school completed *(specify)*: ☐ Degree(s) obtained *(specify)*:
e. I have: ☐ professional/occupational license(s) *(specify)*:
☐ vocational training *(specify)*:

3. **Tax information**
a. ☐ I last filed taxes for tax year *(specify year)*:
b. My tax filing status is ☐ single ☐ head of household ☐ married, filing separately
☐ married, filing jointly with *(specify name)*:
c. I file state tax returns in ☐ California ☐ other *(specify state)*:
d. I claim the following number of exemptions (including myself) on my taxes *(specify)*:

4. **Other party's income.** I estimate the gross monthly income (before taxes) of the other party in this case at *(specify)*: $
This estimate is based on *(explain)*:

**(If you need more space to answer any questions on this form, attach an 8½-by-11-inch sheet of paper and write the question number before your answer.)** Number of pages attached: _____

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the information contained on all pages of this form and any attachments is true and correct.

Date:

(TYPE OR PRINT NAME) (SIGNATURE OF DECLARANT)

Form Adopted for Mandatory Use
Judicial Council of California
FL-150 [Rev. January 1, 2007]

INCOME AND EXPENSE DECLARATION

Page 1 of 4
Family Code, §§ 2030–2032, 2100–2113, 3552, 3620–3634, 4050–4076, 4300–4339
www.courtinfo.ca.gov

## Declaración de Ingresos y Gastos (FL-150)

**-pagina una-**

**Instrucciones:**

- Localice el número en el formulario. Por ejemplo: 1
- Encuentre el número abajo para instrucciones
- Escriba a máquina o letra de molde en tinta negra
- Si tiene el número de su caso, apúntelo en el espacio adecuado. Si no, déjelo en blanco.

**1** Apunte su nombre, domicilio y número de teléfono

**2** Si no está escrito, apunte lo siguiente en las siguientes líneas:

a. "COUNTY OF": *San Diego*
b. "Mailing Address": *220 W.Broadway*
c. "City and Zip Code": *San Diego, CA 92101*
d. "Branch Name": *Central Division*

**3** Escriba el nombre del:

a. "Petitioner/Plaintiff": Peticionario; esto puede ser County of San Diego o nombre de persona que inicio la demanda
b. "Respondent/Defendant: Demandado; nombre de la persona al que se le está demandando.
c. "Other Parent/Claimant": El nombre del otro padre o demandante si se aplica a este caso.

**4** Complete la información acerca de su trabajo actual. Si usted está desempleado proporcione la información sobre su trabajo más reciente. Adjunte copias de los talones de su sueldo de los últimos dos meses (con un marcador negro, borre los números de seguro social de las copias).

a. "Employer" : Nombre del empleador
b. "Employer's address" : Dirección de su empleador
c. "Employer's phone number": Número de teléfono de su empleador
d. "Occupation": Ocupación- por ejemplo conductor
e. "Date Job Started"- Fecha de comienzo de trabajo
f. "If unemployed, date job ended"- Si está desempleado, fecha que dejo de trabajar
g. "I work about _____ hours per week"- Trabajo aproximadamente ____ horas por semana
h. "I get paid $___ gross (before taxes) per month, per week, per hour" –
   i. Me pagan $ (cantidad en bruto antes de las deducciones de impuestos) ___ per mes, ___por semana _____ por hora.

Si tiene más de un empleador, adjunte una hoja de papel de 8 ½ por 11 pulgadas y escriba la información para cada empleador. Escriba "Pregunta 1- Otros Empleadores" en la parte de arriba de la hoja.)

FL-150

ATTORNEY OR PARTY WITHOUT ATTORNEY (Name, State Bar number, and address):

TELEPHONE NO.:
E-MAIL ADDRESS (Optional):
ATTORNEY FOR (Name):

To keep other people from seeing what you entered on your form, please press the Clear This Form button at the end of the form when finished.

SUPERIOR COURT OF CALIFORNIA, COUNTY OF
STREET ADDRESS:
MAILING ADDRESS:
CITY AND ZIP CODE:
BRANCH NAME:

PETITIONER/PLAINTIFF:
RESPONDENT/DEFENDANT:
OTHER PARENT/CLAIMANT:

**INCOME AND EXPENSE DECLARATION**

CASE NUMBER:

1. **Employment** *(Give information on your current job or, if you're unemployed, your most recent job.)*

Attach copies of your pay stubs for last two months (black out social security numbers).

a. Employer:
b. Employer's address:
c. Employer's phone number:
d. Occupation:
e. Date job started:
f. If unemployed, date job ended:
g. I work about hours per week.
h. I get paid $ gross (before taxes) ☐ per month ☐ per week ☐ per hour.

**(If you have more than one job, attach an 8½-by-11-inch sheet of paper and list the same information as above for your other jobs. Write "Question 1—Other Jobs" at the top.)**

2. **Age and education** 5
a. My age is *(specify)*:
b. I have completed high school or the equivalent: ☐ Yes ☐ No If no, highest grade completed *(specify)*:
c. Number of years of college completed *(specify)*: ☐ Degree(s) obtained *(specify)*:
d. Number of years of graduate school completed *(specify)*: ☐ Degree(s) obtained *(specify)*:
e. I have: ☐ professional/occupational license(s) *(specify)*:
☐ vocational training *(specify)*:

6 **Tax information**
a. ☐ I last filed taxes for tax year *(specify year)*:
b. My tax filing status is ☐ single ☐ head of household ☐ married, filing separately
☐ married, filing jointly with *(specify name)*:
c. I file state tax returns in ☐ California ☐ other *(specify state)*:
d. I claim the following number of exemptions (including myself) on my taxes *(specify)*:

7 **Other party's income.** I estimate the gross monthly income (before taxes) of the other party in this case at *(specify)*: $
This estimate is based on *(explain)*:

**(If you need more space to answer any questions on this form, attach an 8½-by-11-inch sheet of paper and write the question number before your answer.)** Number of pages attached: _____

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the information contained on all pages of this form and any attachments is true and correct.

Date: 8

(TYPE OR PRINT NAME) (SIGNATURE OF DECLARANT)



Form Adopted for Mandatory Use
Judicial Council of California
FL-150 [Rev. January 1, 2007]

INCOME AND EXPENSE DECLARATION

Family Code, §§ 2030–2032, 2100–2113, 3652, 3620–3634, 4050–4076, 4300–4339
www.courtinfo.ca.gov

## Declaración de Ingresos y Gastos (FL-150)

**-pagina una-**

**Instrucciones:**

- Localice el número en el formulario. Por ejemplo: 5
- Encuentre el número abajo para instrucciones
- Escriba a máquina o letra de molde en tinta negra
- Si tiene el número de su caso, apúntelo en el espacio adecuado. Si no, déjelo en blanco.

5 "Age and Education": Edad y educación

a. "My age is (specify): Mi edad es (especifiqué)
b. "I have completed high school…": ¿A terminado la escuela secundaria o el equivalente? Marque la correspondiente casilla, "Si" o "No". Si selecciona "No", el grado más alto que termino (especifiqué)
c. "Number of years of college…": Complete (c) y (d): El número de años completados de colegio/universidad. (especifiqué) Certificado/Licencia (especifiqué)
d. "Number of years of graduate…": El número de años en la escuela de post-grado (especifiqué) Certificado/Licencia (especifiqué)
e. "I have___ Professional/ocupacional…": Tengo lo siguiente: Licencia profesional/ocupacional (especifiqué) Entrenamiento vocacional (especifiqué)

6 "Tax Information" Información de Impuestos

a. "I last filed taxes…": Hice mi última declaración de impuestos en (especifiqué el año). Marque la casilla
b. "My tax filing status…": El estado legal que declaro en mis impuestos es ___ persona soltero/a, ___cabeza de familia, ___ casado/a declarando me separado/a/ de mi esposo/a, ___ casado/a declarando junto con mi esposo/a (especifiqué el nombre)
c. "I file state tax returns…": Hago mi declaración de impuestos estatales en ___ California ____ otro estado (especifiqué)
d. "I claim the following…": Reclamo el siguiente número de exenciones (que incluye a mi ) en los impuestos (especifiqué)

7 "Other party's income": Ingresos de la Otra Parte. Estimo que el ingreso mensual (antes de las deducciones por impuestos) de la otra parte en este caso es $ _____
"If you need more space…:" Si usted necesita más espacio para contestar cualquier pregunta sobre este formulario, adjunte una hoja de papel de 8 ½ por 11 pulgadas y escriba el número de la pregunta antes de su contestación. Número de páginas adjuntas.

8 "I declare under penalty…": Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que la información que aparece en todas las páginas de este formulario y páginas adjuntas es verdad y correcta. Fecha. Nombre escrito a máquina o letra de molde. Firma del declarante.

FL-150

PETITIONER/PLAINTIFF:
RESPONDENT/DEFENDANT:
OTHER PARENT/CLAIMANT:

9

CASE NUMBER:

**Attach copies of your pay stubs for the last two months and proof of any other income. Take a copy of your latest federal tax return to the court hearing.** ***(Black out your social security number on the pay stub and tax return.)***

10

5. **Income** *(For average monthly, add up all the income you received in each category in the last 12 months and divide the total by 12.)* — Last month / Average monthly
   a. Salary or wages (gross, before taxes) $ ____ ____
   b. Overtime (gross, before taxes) $ ____ ____
   c. Commissions or bonuses $ ____ ____
   d. Public assistance (for example: TANF, SSI, GA/GR) ☐ currently receiving $ ____ ____
   e. Spousal support ☐ from this marriage ☐ from a different marriage $ ____ ____
   f. Partner support ☐ from this domestic partnership ☐ from a different domestic partnership $ ____ ____
   g. Pension/retirement fund payments $ ____ ____
   h. Social security retirement (not SSI) $ ____ ____
   i. Disability: ☐ Social security (not SSI) ☐ State disability (SDI) ☐ Private insurance $ ____ ____
   j. Unemployment compensation $ ____ ____
   k. Workers' compensation $ ____ ____
   l. Other (military BAQ, royalty payments, etc.) *(specify)*: $ ____ ____

11

6. **Investment income** *(Attach a schedule showing gross receipts less cash expenses for each piece of property.)*
   a. Dividends/interest $ ____ ____
   b. Rental property income $ ____ ____
   c. Trust income $ ____ ____
   d. Other *(specify)*: $ ____ ____

7. **Income from self-employment, after business expenses for all businesses** $ ____ ____
   I am the ☐ owner/sole proprietor ☐ business partner ☐ other *(specify)*:
   Number of years in this business *(specify)*:
   Name of business *(specify)*:
   Type of business *(specify)*:

   **Attach a profit and loss statement for the last two years or a Schedule C from your last federal tax return. Black out your social security number. If you have more than one business, provide the information above for each of your businesses.**

8. ☐ **Additional income.** I received one-time money (lottery winnings, inheritance, etc.) in the last 12 months *(specify source and amount)*:

9. ☐ **Change in income.** My financial situation has changed significantly over the last 12 months because *(specify)*:

10. **Deductions** — Last month
   a. Required union dues $ ____
   b. Required retirement payments (not social security, FICA, 401(k), or IRA) $ ____
   c. Medical, hospital, dental, and other health insurance premiums *(total monthly amount)* $ ____
   d. Child support that I pay for children from other relationships $ ____
   e. Spousal support that I pay by court order from a different marriage $ ____
   f. Partner support that I pay by court order from a different domestic partnership $ ____
   g. Necessary job-related expenses not reimbursed by my employer *(attach explanation labeled "Question 10g")* $ ____

11. **Assets** — Total
   a. Cash and checking accounts, savings, credit union, money market, and other deposit accounts $ ____
   b. Stocks, bonds, and other assets I could easily sell $ ____
   c. All other property, ☐ real and ☐ personal *(estimate fair market value minus the debts you owe)* $ ____

FL-150 [Rev. January 1, 2007] **INCOME AND EXPENSE DECLARATION** Page 2 of 4

## Declaración de Ingresos y Gastos (FL-150)

**-pagina dos-**

**Instrucciones:**

- ? Localice el número en el formulario. Por ejemplo: 9
- ? Encuentre el número abajo para instrucciones
- ? Escriba a máquina o letra de molde en tinta negra
- ? Si tiene el número de su caso, apúntelo en el espacio adecuado. Si no, déjelo en blanco.

9 "Petitioner/Respondent…Attach copies of your pay stubs…": Apunte los nombres y apellidos de usted y la otra persona en este caso. Adjunte copias de sus talones de los últimos dos meses con este formulario e incluya comprobante de cualquier otro dinero que gane. Lleve una copia de su última declaración de impuestos federales con usted a la audiencia. Borre con marcador negro los números de seguro social en las copias.

10 "Income…For average monthly…": Ingresos (enumere todos los tipos de ingresos que usted recibió durante los 12 meses pasados. Para calcular el promedio mensual, divida el total anual por 12).

a. "Salary or wages…": Salario o sueldo (sueldo bruto total, antes de deducciones de impuestos)
b. "Overtime …": Sobresueldos/Pago de horas extras (bruto total, antes de deducciones de impuestos)
c. "Commissions or bonuses": Comisiones o bonos
d. "Public assistance…": Asistencia pública (por ejemplo: TANF, SSI, GA/GR) ____ marque si actualmente está recibiendo esta asistencia
e. "Spousal support …": Manutención de cónyuge ___ de este matrimonio ___ de otro matrimonio
f. Partner support …": Manutención de parejo de hecho ___ de esta pareja de hecho ___ de otra pareja de hecho
g. "Pension/retirement fund payments": Fondos de Pension/Jubilación
h. "Social security retirement (not SSI)": Pagos de jubilación por medio del seguro social (no SSI)
i. "Disability …social security …": Incapacidad: ___ seguro social (no SSI) ____ incapacidad del Estado (SDI) ___ seguro privado
j. "Unemployoment compensation": Beneficios de desempleo
k. "Workers' compensation": Compensación de Trabajador
l. "Other (military…": Otro (pagos por medio del servicio militar por el alojamiento (BAQ), regalías, etc.)(especifiqué)

11 "Investment Income (attach a Schedule…)": Ingresos de Inversiones (prepare y adjunte una lista que muestra la cantidad bruta recibida menos gastos en efectivo por cada propiedad.)

a. "Dividens/Interest": Dividendos/Intereses
b. "Rental property income": Renta de propiedades alquiladas, si usted tiene propiedad de renta, incluya una página separada que muestra el total de dinero ganado y gastos de la propiedad.
c. "Trust income": Ingresos de fideicomiso
d. "Other (specify)": Otro (especifiqué) escriba una descripción

FL-150

PETITIONER/PLAINTIFF:
RESPONDENT/DEFENDANT:
OTHER PARENT/CLAIMANT:

CASE NUMBER:

**Attach copies of your pay stubs for the last two months and proof of any other income. Take a copy of your latest federal tax return to the court hearing.** ***(Black out your social security number on the pay stub and tax return.)***

5. **Income** *(For average monthly, add up all the income you received in each category in the last 12 months and divide the total by 12.)* — Last month / Average monthly
   a. Salary or wages (gross, before taxes) $_____ _____
   b. Overtime (gross, before taxes) $_____ _____
   c. Commissions or bonuses $_____ _____
   d. Public assistance (for example: TANF, SSI, GA/GR) ☐ currently receiving $_____ _____
   e. Spousal support ☐ from this marriage ☐ from a different marriage $_____ _____
   f. Partner support ☐ from this domestic partnership ☐ from a different domestic partnership $_____ _____
   g. Pension/retirement fund payments $_____ _____
   h. Social security retirement (not SSI) $_____ _____
   i. Disability: ☐ Social security (not SSI) ☐ State disability (SDI) ☐ Private insurance $_____ _____
   j. Unemployment compensation $_____ _____
   k. Workers' compensation $_____ _____
   l. Other (military BAQ, royalty payments, etc.) *(specify)*: $_____ _____

6. **Investment income** *(Attach a schedule showing gross receipts less cash expenses for each piece of property.)*
   a. Dividends/interest $_____ _____
   b. Rental property income $_____ _____
   c. Trust income $_____ _____
   d. Other *(specify)*: $_____ _____

12 **Income from self-employment, after business expenses for all businesses** $_____ _____
I am the ☐ owner/sole proprietor ☐ business partner ☐ other *(specify)*:
Number of years in this business *(specify)*:
Name of business *(specify)*:
Type of business *(specify)*:

**Attach a profit and loss statement for the last two years or a Schedule C from your last federal tax return. Black out your social security number. If you have more than one business, provide the information above for each of your businesses.**

13 ☐ **Additional income.** I received one-time money (lottery winnings, inheritance, etc.) in the last 12 months *(specify source and amount)*:

9. ☐ **Change in income.** My financial situation has changed significantly over the last 12 months because *(specify)*:

10. **Deductions** — Last month
14
   a. Required union dues $_____
   b. Required retirement payments (not social security, FICA, 401(k), or IRA) $_____
   c. Medical, hospital, dental, and other health insurance premiums *(total monthly amount)* $_____
   d. Child support that I pay for children from other relationships $_____
   e. Spousal support that I pay by court order from a different marriage $_____
   f. Partner support that I pay by court order from a different domestic partnership $_____
   g. Necessary job-related expenses not reimbursed by my employer *(attach explanation labeled "Question 10g")* $_____

15 **Assets** — Total
   a. Cash and checking accounts, savings, credit union, money market, and other deposit accounts $_____
   b. Stocks, bonds, and other assets I could easily sell $_____
   c. All other property, ☐ real and ☐ personal *(estimate fair market value minus the debts you owe)* $_____

FL-150 [Rev. January 1, 2007] **INCOME AND EXPENSE DECLARATION** Page 2 of 4

## Declaración de Ingresos y Gastos (FL-150)

**-pagina dos-**

**Instrucciones:**

- Localice el número en el formulario. Por ejemplo: 12
- Encuentre el número abajo para instrucciones
- Escriba a máquina o letra de molde en tinta negra
- Si tiene el número de su caso, apúntelo en el espacio adecuado. Si no, déjelo en blanco.

**12** "Income from Self-employment…": Mis ingresos de trabajar por cuenta propia después de deducir los gastos de negocio:

a. "I am the owner/sole proprietor…": Soy el ____ dueño/propietario único ___ socio ____ otro (especifiqué)
b. " Number of years in business": Número de años en este negocio (especifiqué)
c. "Name of business (specify)": Nombre de negocio (especifiqué)
d. "Type of business (specify)": Tipo de negocio (especifiqué)

Adjunte una declaración de beneficio y pérdida para los dos años pasados o la declaración "C" de su declaración de impuestos federales. Con un marcador negro, borre los números de seguro social. Si tiene más de un negocio, proporcione la misma información para todos sus negocios.

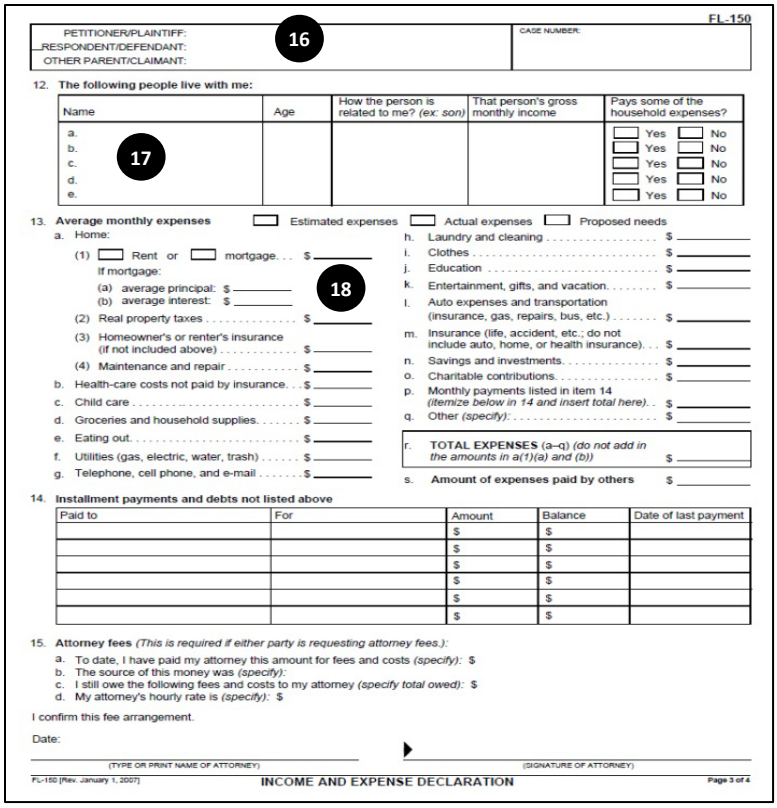
**13** "Additional income, I receive…": Ingreso adicional. ¿Ha recibido dinero de una vez (ganancias de lotería, herencia etc.) en los últimos 12 meses (especifiqué el origen y la cantidad)? Ejemplo: me gane la lotería, o mi tío me dejo dinero en su testamento. "Change in income. My financial…": Cambio de ingresos. Han ocurrido cambios significantes en mi situación financiera en los últimos 12 meses debido a (especifiqué) Ejemplo: Me lesione el en trabajo y ahora estoy en la discapacidad o tengo un nuevo trabajo que paga menos.

**14** "Deductions": Deducciones, anote las cantidades deducidas de sus ganancias el mes pasado, anote todas las que apliquen. Si usted llena (f) escriba una explicación en una página separada titulada "Pregunta 10F".

a. "Required union dues": Cuotas sindicales obligatorias
b. "Required retirement payments…": Contribuciones obligatorias al fondo de pensiones y jubilación (no incluya seguro social, FICA, 401K, IRA)
c. "Medical, hospital, dental…": Contribuciones para seguro médico, dental, hospital y cualquier otra de salud (cantidad total mensual)
d. "Child Support that I pay…": Manutención de menores que yo pago por niños de otra relación
e. "Spousal Support that I pay…": Manutención de cónyuge pagado por orden de la corte por otro matrimonio
f. "Partner Support that I pay…": Manutención de pareja de hecho pagada por orden de la corte por otra relación de pareja de hecho
g. "Necessary job-related expenses…": Gastos necesarios relacionados al trabajo que no son reembolsados por mi empleador (adjunte una explicación titulada "Pregunta 10g")

**15** "Assets": Bienes/Recursos, lista de sus activos, ponga en el valor total (por valor) para cada línea en la lista.

a. Cash and checking accounts…": Dinero en efectivo y cuentas de cheques, ahorros y otras cuentas de deposito
b. "Stocks, bonds and other…": Acciones, bonos, y otros bienes que se puede vender fácilmente
c. "All other property…": Cualquier otra propiedad __ bienes raíces ___ personal (Estime el valor comercial justo menos los préstamos y deudas que usted debe)



FL-150

PETITIONER/PLAINTIFF:
RESPONDENT/DEFENDANT:
OTHER PARENT/CLAIMANT:

CASE NUMBER:

12. **The following people live with me:**

| Name | Age | How the person is related to me? *(ex: son)* | That person's gross monthly income | Pays some of the household expenses? |
|---|---|---|---|---|
| a. | | | | ☐ Yes ☐ No |
| b. | | | | ☐ Yes ☐ No |
| c. | | | | ☐ Yes ☐ No |
| d. | | | | ☐ Yes ☐ No |
| e. | | | | ☐ Yes ☐ No |

13. **Average monthly expenses** ☐ Estimated expenses ☐ Actual expenses ☐ Proposed needs

a. Home:
(1) ☐ Rent or ☐ mortgage. . . $ _____
If mortgage:
(a) average principal: $ _____
(b) average interest: $ _____
(2) Real property taxes . . . . . $ _____
(3) Homeowner's or renter's insurance (if not included above) . . . . . $ _____
(4) Maintenance and repair . . . . . $ _____
b. Health-care costs not paid by insurance. . . $ _____
c. Child care . . . . . $ _____
d. Groceries and household supplies. . . . . $ _____
e. Eating out. . . . . $ _____
f. Utilities (gas, electric, water, trash) . . . . . $ _____
g. Telephone, cell phone, and e-mail . . . . . $ _____
h. Laundry and cleaning . . . . . $ _____
i. Clothes . . . . . $ _____
j. Education . . . . . $ _____
k. Entertainment, gifts, and vacation. . . . . $ _____
l. Auto expenses and transportation (insurance, gas, repairs, bus, etc.) . . . . . $ _____
m. Insurance (life, accident, etc.; do not include auto, home, or health insurance). . . $ _____
n. Savings and investments. . . . . $ _____
o. Charitable contributions. . . . . $ _____
p. Monthly payments listed in item 14 *(itemize below in 14 and insert total here)*. . $ _____
q. Other *(specify)*: . . . . . $ _____
r. **TOTAL EXPENSES** *(a–q) (do not add in the amounts in a(1)(a) and (b))* $ _____
s. **Amount of expenses paid by others** $ _____

14. **Installment payments and debts not listed above**

| Paid to | For | Amount | Balance | Date of last payment |
|---|---|---|---|---|
| | | $ | $ | |
| | | $ | $ | |
| | | $ | $ | |
| | | $ | $ | |
| | | $ | $ | |
| | | $ | $ | |

15. **Attorney fees** *(This is required if either party is requesting attorney fees.)*:
a. To date, I have paid my attorney this amount for fees and costs *(specify)*: $
b. The source of this money was *(specify)*:
c. I still owe the following fees and costs to my attorney *(specify total owed)*: $
d. My attorney's hourly rate is *(specify)*: $

I confirm this fee arrangement.

Date:

(TYPE OR PRINT NAME OF ATTORNEY) (SIGNATURE OF ATTORNEY)

FL-150 [Rev. January 1, 2007] INCOME AND EXPENSE DECLARATION Page 3 of 4

**Declaración de Ingresos y Gastos (FL-150)**

**-pagina tres-**

**Instrucciones:**

- Localice el número en el formulario. Por ejemplo: 16
- Encuentre el número abajo para instrucciones
- Escriba a máquina o letra de molde en tinta negra
- Si tiene el número de su caso, apúntelo en el espacio adecuado. Si no, déjelo en blanco.

16 "Petitioner/Respondent…": Escriba los nombres y apellidos de usted y la otra persona en este caso.

17 "The following people live with you…": Apunte todas la personas que viven con usted, escriba sus nombres, edades, y como se relacionan con usted (por ejemplo: padres, hijos, otros parientes, amigos), apunte la cantidad de dinero que cada persona recibe cada mes (antes de impuestos) y marque sí o no la persona paga algunos gastos de subsistencia.

18 "Average monthly expenses…": Promedio de gastos mensuales ___estimación de gastos ___gastos actuales ____ gastos propuestos

a. "Home": Mi casa
   i. "Rent or mortgage, if mortgage…": ___renta o ____hipoteca.
      1. Si hipoteca:
         a. Promedio de principal
         b. Promedio de interés
b. "Health-Care cost…": Gastos médicos no pagados por seguro medico
c. "Child care": Cuidado de niño(s)
d. "Groceries and households…": Comida en casa y provisiones
e. "Eating out": Comida fuera de casa
f. "Utilities (gas, electric, wáter, trash)": Gas, luz, agua, basura
g. "Telephone, cell phone, and e-mail": Teléfono/celular/correo electrónico
h. "Laundry and cleaning": Lavanderia y tintorería
i. "Clothes": Ropa
j. "Education": Educación (especifiqué)
k. "Entertainment, gifts and vacations": Entretenimiento, regalos, y vacaciones
l. "Auto expenses and transportation…": Gastos de auto y transporte (seguro, gas, reparaciones, autobus, etc.)
m. "Insurance (life, accident, etc…": Seguro de (vida, accidente, etc,: No incluya seguro de auto, casa, o médico.)
n. "Savings and investments": Ahorros e inversiones
o. "Charitable contributions": Contribuciones caritativas
p. "Monthly payments listed…": Pagos a plazos (detalle abajo en el número 14 y ponga el total aquí)
q. "Other (specify)": Otro (especifiqué)
r. "Total Expenses…": Gastos Totales (Sume el total de a-q pero no agregue las cantidades de (1)(a) y (b))
s. "Amount of expenses paid by others": Cantidad de estos gastos pagados por otras personas

FL-150

| PETITIONER/PLAINTIFF: RESPONDENT/DEFENDANT: OTHER PARENT/CLAIMANT: | CASE NUMBER: |
|---|---|

12. **The following people live with me:**

| Name | Age | How the person is related to me? *(ex: son)* | That person's gross monthly income | Pays some of the household expenses? |
|---|---|---|---|---|
| a. | | | | ☐ Yes ☐ No |
| b. | | | | ☐ Yes ☐ No |
| c. | | | | ☐ Yes ☐ No |
| d. | | | | ☐ Yes ☐ No |
| e. | | | | ☐ Yes ☐ No |

13. **Average monthly expenses** ☐ Estimated expenses ☐ Actual expenses ☐ Proposed needs

a. Home:
(1) ☐ Rent or ☐ mortgage. . . $ _____
If mortgage:
(a) average principal: $ _____
(b) average interest: $ _____
(2) Real property taxes . . . . . $ _____
(3) Homeowner's or renter's insurance (if not included above) . . . . . $ _____
(4) Maintenance and repair . . . . . $ _____
b. Health-care costs not paid by insurance. . . $ _____
c. Child care . . . . . $ _____
d. Groceries and household supplies. . . . . $ _____
e. Eating out. . . . . $ _____
f. Utilities (gas, electric, water, trash) . . . . . $ _____
g. Telephone, cell phone, and e-mail . . . . . $ _____
h. Laundry and cleaning . . . . . $ _____
i. Clothes . . . . . $ _____
j. Education . . . . . $ _____
k. Entertainment, gifts, and vacation. . . . . $ _____
l. Auto expenses and transportation (insurance, gas, repairs, bus, etc.) . . . . . $ _____
m. Insurance (life, accident, etc.; do not include auto, home, or health insurance). . . $ _____
n. Savings and investments. . . . . $ _____
o. Charitable contributions. . . . . $ _____
p. Monthly payments listed in item 14 *(itemize below in 14 and insert total here)*. . $ _____
q. Other *(specify)*: . . . . . $ _____
r. **TOTAL EXPENSES** (a–q) *(do not add in the amounts in a(1)(a) and (b))* $ _____
s. **Amount of expenses paid by others** $ _____

14. **Installment payments and debts not listed above**

19

| Paid to | For | Amount | Balance | Date of last payment |
|---|---|---|---|---|
| | | $ | $ | |
| | | $ | $ | |
| | | $ | $ | |
| | | $ | $ | |
| | | $ | $ | |
| | | $ | $ | |

15. **Attorney fees** *(This is required if either party is requesting attorney fees.)*:

20

a. To date, I have paid my attorney this amount for fees and costs *(specify)*: $
b. The source of this money was *(specify)*:
c. I still owe the following fees and costs to my attorney *(specify total owed)*: $
d. My attorney's hourly rate is *(specify)*: $

I confirm this fee arrangement.

Date: 21

(TYPE OR PRINT NAME OF ATTORNEY) (SIGNATURE OF ATTORNEY)

FL-150 [Rev. January 1, 2007] INCOME AND EXPENSE DECLARATION Page 3 of 4

## Declaración de Ingresos y Gastos (FL-150)

**-pagina tres-**

**Instrucciones:**

- Localice el número en el formulario. Por ejemplo: 19
- Encuentre el número abajo para instrucciones
- Escriba a máquina o letra de molde en tinta negra
- Si tiene el número de su caso, apúntelo en el espacio adecuado. Si no, déjelo en blanco.

19 "Installment payments and debts…": Pagos a plazos y deudas no incluidos arriba; Pagado a___, Para_____, Cantidad mensual _____, Saldo de pagos _____, Fecha del último pago_____

20 "Attorney fees…": Honorarios para servicios de abogado (se requiere esta información si cualquiera de las partes piden el pago de honorario de abogado)

a. "To date, I have payed..": Hasta el día de hoy le he pagado a mi abogado por honorarios y costos (especifiqué)
b. "The source of this money was…": La fuente de este dinero fue (especifiqué)
c. "I still owe the following…": Sigo debiendo los siguientes honorarios y costos aparte de la cantidad ya pagada (especifiqué el total debido)
d. "My attorney's hourly rate is": Por cada hora mi abogado me cobra (especifiqué)

21 "I confirm this fee arrangement…date…signature of attorney:" Yo confirmo este acuerdo sobre honorarios. Fecha. Firma de abogado/a

FL-150

PETITIONER/PLAINTIFF:
RESPONDENT/DEFENDANT:
OTHER PARENT/CLAIMANT:

22

CASE NUMBER:

CHILD SUPPORT INFORMATION
(NOTE: Fill out this page only if your case involves child support.)

23 **Number of children**
a. I have *(specify number)*: children under the age of 18 with the other parent in this case.
b. The children spend percent of their time with me and percent of their time with the other parent.
*(If you're not sure about percentage or it has not been agreed on, please describe your parenting schedule here.)*

17. **Children's health-care expenses**
24 a. ☐ I do ☐ I do not have health insurance available to me for the children through my job.
b. Name of insurance company:
c. Address of insurance company:

d. The monthly cost for the **children's** health insurance is or would be *(specify)*: $
*(Do not include the amount your employer pays.)*

18. **Additional expenses for the children in this case** — Amount per month
25 a. Child care so I can work or get job training. . . . . $ _____
b. Children's health care not covered by insurance . . . . . $ _____
c. Travel expenses for visitation . . . . . $ _____
d. Children's educational or other special needs *(specify below)*: . . . . . $ _____

19. **Special hardships.** I ask the court to consider the following special financial circumstances *(attach documentation of any item listed here, including court orders)*: — Amount per month — For how many months?
a. Extraordinary health expenses not included in 18b. . . . . $ _____ _____
26 b. Major losses not covered by insurance (examples: fire, theft, other insured loss) . . . . . $ _____ _____
c. (1) Expenses for my minor children who are from other relationships and are living with me . . . . . $ _____ _____
(2) Names and ages of those children *(specify)*:

(3) Child support I receive for those children. . . . . $ _____

The expenses listed in a, b, and c create an extreme financial hardship because *(explain)*:

27 **Other information I want the court to know concerning support in my case** *(specify)*:

FL-150 [Rev. January 1, 2007] INCOME AND EXPENSE DECLARATION Page 4 of 4

## Declaración de Ingresos y Gastos (FL-150)

**-pagina cuatro-**

**Instrucciones:**

- Localice el número en el formulario. Por ejemplo: 22
- Encuentre el número abajo para instrucciones
- Escriba a máquina o letra de molde en tinta negra
- Si tiene el número de su caso, apúntelo en el espacio adecuado. Si no, déjelo en blanco.

22 "Petitioner/Respondent…": Escriba los nombres y apellidos de usted y la otra persona en este caso.
"Child Support Information": Información de Manutención de Menores (Complete esta página solamente si su caso implica manutención de menores)

23 "Number of children": Número de niños
a. "I have (specify number…: Tengo (especifiqué número) ____ hijo(s) menores de 18 años con el otro padre en este caso.
b. "The children spend…": Mis hijos pasan ____% de tiempo conmigo y _____% de tiempo con el otro padre. (Estime la cantidad de tiempo que sus hijos están con usted y con el otro padre. Por ejemplo: Mis hijos pasan 70% de su tiempo conmigo y el 30% con el otro padre.) Si no está seguro sobre el use de porcentajes, utilice el espacio para describir el horario de las visitas con cada padre.

24 "Children's health care expenses:" Gastos relacionados con la salud de los niños.
a. "___I do ____ I do not…": ____Tengo ____ No tengo seguro de salud para los niños disponible por medio del trabajo.
b. "Name of insurance company": Nombre de la compañía de seguro
c. "Address of insurance company": Dirección de la compañía de seguro
d. "The monthly cost…": El cobro mensual que se paga o se pagaría para el seguro de salud de los niños (especifiqué), (no incluya la cantidad pagada por su empleador)

25 "Additional expenses for the children…": Gastos adicionales para los niños en este caso.
a. "Child care…": Cuidado de niños para poder ir a trabajar u obtener entrenamiento de trabajo
b. "Children's health care not…": Gastos médicos de niños no cubiertos por seguro
c. "Travel expenses for…": Gastos de transporte para visitación
d. "Children's educational or other…": Gastos de necesidades educativas o especiales de los niños (especifiqué)

26 "Special harships…": Dificultades especiales. Pido consideración a la corte de mis circunstancias financieras especiales (incluya documentación para cualquier circunstancia descrita aquí incluyendo órdenes judiciales)
a. "Extraordinary health expenses…" Gastos extraordinarios de salud que no están incluidos en la pregunta número, 18B
b. "Major losses not covered": Pérdidas catastróficas que no están cubiertas por un seguro
c. (1) "Expenses for my minor": Gastos de menores de otros matrimonios o relaciones que viven conmigo,
(2) "Name and ages of those": Nombres y edades de estos menores (especifiqué)
(3) "Child Support I receive": Manutención de menores que recibió de otra persona por estos niños.
"The expenses lined in…": Los gastos enumerados en a, b, y c crean una dificultad financiera extrema porque (explique)

27 "Other information…": Otra información que quisiera que la corte supiera referente a la manutención de menores en mi caso (especifiqué)