

Estado de Massachusetts (Commonwealth of Massachusetts)
Comarca (Division) _____ Tribunal de Justiça (The Trial Court) N° do Processo (Docket No.) _____
Vara de Família e Sucessões (Probate and Family Court Department)
DECLARAÇÃO DE BENS E RENDIMENTOS (FINANCIAL STATEMENT)
(Formulário simplificado) (Short Form)

INSTRUÇÕES: se seu rendimento anual for igual ou superior a US\$75.000, você tem de preencher o FORMULÁRIO COMPLETO da declaração de bens e rendimentos, a não ser que o/a juiz/juíza ordene o contrário.

(INSTRUCTIONS: if your income equals or exceeds \$75,000.00 annually, you must complete the LONG FORM financial statement, unless otherwise ordered by the court).

 Autor ou Autora/Requerente (Plaintiff/Petitioner) VS Réu ou Ré/Requerido/a (Defendant/Petitioner)

1. DADOS PESSOAIS (PERSONAL INFORMATION)

Seu nome completo (Your Name) _____ N° do seguro social (Social Security No.) _____

Endereço (Address) _____
 Número e nome da rua (Street Address) _____ Cidade/Município (City/Town) _____ Estado (State) _____ CEP (Zip) _____

Fone (Tel. No.) _____ Data de nascimento (Date of Birth) _____ Mês/dia/ano (Month/Day/Year) _____ N° de menores residindo com você (No. of children living with you) _____

Profissão (Occupation) _____ Empregador (Employer) _____

Endereço do empregador (Employer's Address) _____
 Número e nome da rua (Street address) _____ Cidade/Município (City/Town) _____ Estado (State) _____ CEP (Zip) _____

Fone (Tel. No.) _____ Você tem seguro saúde? (Do you have health insurance coverage?) Sim (Yes) Não (No)

Se a resposta for positiva, qual o nome da sua seguradora? (if yes, name of health insurance provider) _____

2. RENDIMENTOS BRUTOS SEMANAIS/RECEBIMENTOS DE TODAS AS FONTES (GROSS WEEKLY INCOME/RECEIPTS FROM ALL SOURCES)

- a) Pagamento básico proveniente de trabalho (Base pay from) Assalariado (Salary) Por hora (Wages) \$ _____
 - b) Horas extras (Overtime) \$ _____
 - c) Trabalho de meio-expediente (Part-time job) \$ _____
 - d) Trabalho autônomo (Self-employment) (anexe formulário A preenchido) (attach a completed schedule A) \$ _____
 - e) Gorjetas (Tips) \$ _____
 - f) Comissões (Commissions) Bônus (Bonuses) \$ _____
 - g) Dividendos (Dividends) Juros (Interest) \$ _____
 - h) Fideicomissos (Trusts) Anuidades (Annuities) \$ _____
 - i) Pensões (Pensions) Fundos de aposentadoria (Retirement funds) \$ _____
 - j) Seguro social (Social Security) \$ _____
 - k) Auxílio doença (Disability) Seguro desemprego (Unemployment insurance) Seguro de acidentes de trabalho (Worker's compensation) \$ _____
 - l) Assistência pública (assistência social, pagamentos do A.F.D.C.) (Public Assistance (Welfare, A.F.D.C. payments)) \$ _____
 - m) Pensão alimentícia (Child Support) Pensão (valores recebidos de ex-cônjuge ou ex-parceiro) (Alimony (actually received)) \$ _____
 - n) Valores relativos ao arrendamento de imóveis (anexar formulário B preenchido) (Rental from income producing property (attach a completed Schedule B)) \$ _____
 - o) Comissão de direitos autorais, uso de marcas e patentes, tecnologia, exploração de recursos naturais (Royalties and other rights) \$ _____
 - p) Contribuições financeiras de parceiros e/ou familiares (Contributions from household member/s) \$ _____
 - q) Outros - especificar (Other - specify) \$ _____
- _____ \$ _____
- _____ \$ _____
- r) Total dos rendimentos brutos semanais/receitas (Total Gross Weekly Income/Receipts)**
 (somar as linhas a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q) (add items a-q) \$ _____

Estado de Massachusetts (Commonwealth of Massachusetts)
Comarca (Division) _____ Tribunal de Justiça (The Trial Court) N° do Processo (Docket No.) _____
Vara de Família e Sucessões (Probate and Family Court Department)
DECLARAÇÃO DE BENS E RENDIMENTOS (FINANCIAL STATEMENT)
(Formulário simplificado) (Short Form)

3. DISCRIMINAÇÃO DAS DEDUÇÕES RETIDAS NA FONTE (ITEMIZED DEDUCTIONS FROM GROSS INCOME)

- a) Deduções sobre rendimentos, imposto federal (_____ isenções declaradas) \$ _____
[Federal income tax deductions (claiming ___ exemptions)]
- b) Deduções sobre rendimentos, imposto estadual (_____ isenções declaradas) \$ _____
[State income tax deductions (claiming ___ exemptions)]
- c) F.I.C.A. e Medicare (F.I.C.A. and Medicare) \$ _____
- d) Seguro saúde (Medical Insurance) \$ _____
- e) Contribuições sindicais (Union Dues) \$ _____
- f) Total das Deduções (somar as linhas a, b, c, d, e) [Total Deductions (a through e)]** \$ _____

4. TOTAL RENDIMENTO SEMANAL LÍQUIDO REAJUSTADO (ADJUSTED NET WEEKLY INCOME)

linha 2(r) menos linha 3(f) [2(r) minus 3(f)] \$ _____

5. OUTRAS DEDUÇÕES RETIDAS NA FONTE POR TRABALHO ASSALARIADO/POR HORA (OTHER DEDUCTIONS FROM SALARY/WAGES)

- a) Sistema de crédito cooperativo (Credit Union) Pagamento de empréstimo (Loan repayment) Poupança (Savings) \$ _____
- b) Poupança (Savings) \$ _____
- c) Aposentadoria (Retirement) \$ _____
- d) Outro – Especificar (Por exemplo: pensão alimentícia, pagamento diferido ou fundo de aposentadoria 401K) \$ _____
[Other-Specify (i.e. Child Support, Deferred Compensation or 401K)]
- e) Total das Deduções (somar as linhas a, b, c, d) [Total Deductions (a through d)]** \$ _____

6. RENDIMENTO LÍQUIDO SEMANAL (NET WEEKLY INCOME) Linha 4 menos linha 5(e) [4 minus 5(e)] \$ _____

7. RENDIMENTO BRUTO AUFERIDO NO ANO PASSADO (GROSS YEARLY INCOME FROM PRIOR YEAR)

(anexe cópias de todos formulários W-2 e 1099 do ano passado) (attach copy of all W-2 and 1099 forms for prior year) \$ _____

Número de anos de contribuição junto ao Seguro Social _____
(Number of years you have paid into Social Security)

8. DESPESAS SEMANAIS (WEEKLY EXPENSES)

- | | |
|--|---|
| a) Aluguel ou hipoteca (PIT) \$ _____
<small>[Rent or Mortgage (PIT)]</small> | l) Seguro de vida \$ _____
<small>(Life Insurance)</small> |
| b) Seguro de proprietário/inquilino \$ _____
<small>(Homeowners/Tenant Insurance)</small> | m) Seguro saúde \$ _____
<small>(Medical Insurance)</small> |
| c) Manutenção e consertos \$ _____
<small>(Maintenance and Repair)</small> | n) Despesas médicas não cobertas por seguro \$ _____
<small>(Uninsured Medicals)</small> |
| d) Calefação \$ _____
<small>(Heat)</small> | o) Extras e artigos de higiene e asseio pessoal \$ _____
<small>(Incidentals and Toiletries)</small> |
| e) Eletricidade e/ou gás \$ _____
<small>(Electricity and/or Gas)</small> | p) Despesas com veículos \$ _____
<small>(Motor Vehicle Expenses)</small> |
| f) Telefone \$ _____
<small>(Telephone)</small> | q) Prestação de financiamento de veículo \$ _____
<small>(Motor Vehicle Payment)</small> |
| g) Água/esgoto \$ _____
<small>(Water/Sewer)</small> | r) Creche e/ou babá \$ _____
<small>(Child Care)</small> |
| h) Alimentação \$ _____
<small>(Food)</small> | s) Outros (especificar) \$ _____
<small>[Other (explain)]</small> |
| i) Artigos de manutenção para o lar \$ _____
<small>(House Supplies)</small> | _____ \$ _____ |
| j) Lavanderia e lavagem a seco \$ _____
<small>(Laundry and Cleaning)</small> | _____ \$ _____ |
| k) Vestuário \$ _____
<small>(Clothing)</small> | _____ \$ _____ |
| t) Total das despesas semanais (Total Weekly Expenses) | \$ _____ |
| <small>(Somar as linhas a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s) (a through s)</small> | |

9. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS (COUNSEL FEES)

- a) Depósito inicial efetuado quando da contratação do/s advogado/s [Retainer amount(s) paid to your attorney(s)] \$ _____
- b) Honorários legais incorridos até esta data, contra o/s depósito/s inicial/ais [Legal fees incurred, to date, against retainer(s)] \$ _____
- c) Previsão do total das despesas deste litígio: _____ de \$ _____ a \$ _____

(Anticipated range of total legal expense to litigate this action)

Estado de Massachusetts (Commonwealth of Massachusetts)
Comarca (Division) _____ **Tribunal de Justiça (The Trial Court)** N° do Processo (Docket No.) _____
Vara de Família e Sucessões (Probate and Family Court Department)
RELATÓRIO FINANCEIRO (FINANCIAL STATEMENT)
(Formulário simplificado) (Short Form)

10. BENS (ASSETS) (se for necessário, anexar outra folha) (attach additional sheet if necessary)

a) Imóvel (Real Estate)

Localização (Location) _____

Escritura do imóvel em nome de (Title held in the name of) _____

Valor de mercado \$ _____ - Hipoteca \$ _____ = Patrimônio líquido \$ _____
 (Fair Market Value) (Mortgage) (Equity)

b) Veículos (Motor Vehicles)

Valor de mercado \$ _____ - Empréstimo \$ _____ = Patrimônio líquido \$ _____
 (Fair Market Value) (Motor Vehicle Loan) (Equity)

Valor de mercado \$ _____ - Empréstimo \$ _____ = Patrimônio líquido \$ _____
 (Fair Market Value) (Motor Vehicle Loan) (Equity)

c) IRA, Keogh, pensão, participação nos lucros, outros planos de aposentadoria (IRA, Keogh, Pension, Profit Sharing, Other Retirement Plans)

Nome da instituição financeira ou nome do plano e número da conta (Financial Institution or Plan Name and Account Number)

 \$ _____

 \$ _____

 \$ _____

d) Fundo/s de aposentadoria com imposto diferido [Tax Deferred Annuity Plan(s)]

 \$ _____

e) Seguro de vida: Valor de resgate líquido atualizado (Life Insurance: Present Cash Value)

 \$ _____

f) Cadernetas de poupança & contas correntes, aplicações no mercado financeiro, certificados de depósitos bancários, mantidos individual ou conjuntamente, em nome de terceiros sendo você o beneficiário ou em seu nome tendo seu/s dependente/s menor/es como beneficiários [Savings & Checking Accounts, Money Market Accounts, Certificates of Deposit-which are held individually, jointly, in the name of another person for your benefit, or held by you for the benefit of your minor child(ren)]

Nome da instituição financeira ou nome do plano e número da conta (Financial Institution or Plan Name and Account Number)

 \$ _____

 \$ _____

 \$ _____

g) Outros (por ex.: ações, obrigações, cobranças) [Other (e.g. stocks, bonds, collections)]

 \$ _____

 \$ _____

h) Valor total dos bens (somar linhas a, b, c, d, e, f, g) [Total Assets (a through g)]

11. DÍVIDAS (Não liste as despesas declaradas no item 8 acima) [LIABILITIES (Do not list expenses shown in item 8 above)]

Credor (Creditor)	Natureza da dívida (Nature of Debt)	Data de incidência (Date Incurred)	Saldo devedor (Amount Due)	Pagamento Semanal (Weekly Payment)
a)			\$	\$
b)			\$	\$
c)			\$	\$
d)			\$	\$
e) Total devido (Total Liabilities)			\$	\$

Estado de Massachusetts (*Commonwealth of Massachusetts*)
Comarca (*Division*) _____ **Tribunal de Justiça** (*The Trial Court*) N° do Processo (*Docket No.*) _____
Vara de Família e Sucessões (*Probate and Family Court Department*)
RELATÓRIO FINANCEIRO (*FINANCIAL STATEMENT*)
(Formulário simplificado) (*Short Form*)

CERTIFICADO

(*CERTIFICATION*)

Eu, abaixo assinado, certifico sob pena de perjúrio que as informações prestadas sem omissões, nesta declaração de bens e rendimentos e, se incluídos, no/s Anexo/s são verdadeiras e corretas.

(*I certify under the penalties of perjury that the information stated on this Financial Statement and the attached schedules, if any, is complete, true, and accurate.*)

Data _____
(Date) **Mês/dia/ano** (*Month/day/year*)

Assinatura _____
(Signature)

INSTRUCTIONS: In any case where an attorney is appearing for a party, said attorney **MUST** complete the Statement by Attorney.

(*INSTRUÇÕES: Em processos nos quais uma das partes tem um/a advogado/a representando-o/a, tal advogado/a TEM de completar a declaração abaixo.*)

STATEMENT BY ATTORNEY

(*DECLARAÇÃO DO/A ADVOGADO/A*)

I the undersigned attorney, am admitted to practice law in the Commonwealth of Massachusetts--am admitted pro hoc vice for the purposes of this case--and am an officer of the court. As the attorney for the party on whose behalf this Financial Statement is submitted, I hereby state to the court that I have no knowledge that any of the information contained herein is false.

(*Eu, abaixo assinado/a, advogado/a, sou autorizado/a a exercer a atividade de advocacia no estado de Massachusetts --- fui admitido/a pro hac vice neste processo e sou subordinado/a ao Tribunal de Justiça. Como advogado/a da parte em nome da qual se submete esta declaração de bens e rendimentos, declaro pela presente às autoridades competentes não ter conhecimento de que esta contenha informações falsas.*)

Date _____
(Date) **Month/day/year** (*Mês/dia/ano*)

(Signature of attorney)
(*Assinatura do/a advogado/a*)

(Print name)
(*Nome em letra de forma*)

(Street address)
(*Número e nome da rua*)

(City/Town) (State) (Zip)
(*Cidade/Município*) (*Estado*) (*CEP*)

Tel. No. _____
(Telephone:)

B.B.O. # _____
(N° de Inscrição)