

**Estado de Massachusetts (Commonwealth of Massachusetts)**

**División (Division)** \_\_\_\_\_ **Tribunales (The Trial Court)** \_\_\_\_\_ **Nº de expediente (Docket No.)** \_\_\_\_\_  
**Asuntos Testamentarios y de Familia (Probate and Family Court Department)**  
**DECLARACIÓN FINANCIERA (FINANCIAL STATEMENT)**  
**(Formulario corto) (Short Form)**

**INSTRUCCIONES:** si sus ingresos equivalen a o exceden \$75.000 anuales, debe completar el FORMULARIO LARGO con su declaración financiera, a menos que el juez ordene otra cosa.  
*(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).*

\_\_\_\_\_ VS \_\_\_\_\_  
 Demandante/Peticionario (Plaintiff/Petitioner) Demandado/Peticionario (Defendant/Petitioner)

**1. DATOS PERSONALES (PERSONAL INFORMATION)**

Nombre y apellido (Your Name) \_\_\_\_\_ Nº de seguridad social (Social Security No.) \_\_\_\_\_

Dirección (Address) \_\_\_\_\_  
 Número y calle (Street address) Ciudad/Localidad (City/Town) Estado (State) Código (Zip)

Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ ¿Con cuántos menores vive? \_\_\_\_\_  
 (Tel. No.) (Date of Birth) **Mes/día/año (Month/Day/Year)** (No. of children living with you)

Ocupación (Occupation) \_\_\_\_\_ Empleador (Employer) \_\_\_\_\_

Dirección de su empleador (Employer's Address) \_\_\_\_\_  
 Número y calle (Street address) Ciudad/Localidad (City/Town) Estado (State) Código (Zip)

Teléfono (Tel. No.) \_\_\_\_\_ ¿Tiene seguro médico? (Do you have health insurance coverage?) Sí (Yes)  No (No)

Si tiene seguro médico, escriba el nombre de la compañía (if yes, name of health insurance provider) \_\_\_\_\_

**2. INGRESOS BRUTOS SEMANALES/GANANCIAS DE CUALQUIER ORIGEN (GROSS WEEKLY INCOME/RECEIPTS FROM ALL SOURCES)**

a) Ganancias básicas por (Base pay from)  Sueldo (Salary)  Salario por hora (Wages) \$ \_\_\_\_\_

b) Horas extra (Overtime) \$ \_\_\_\_\_

c) Trabajo de tiempo parcial (Part-time job) \$ \_\_\_\_\_

d) Trabajo por cuenta propia (adjunte el formulario A llenado) \$ \_\_\_\_\_  
 (Self-employment) (attach a completed schedule A)

e) Propinas (Tips) \$ \_\_\_\_\_

f)  Comisiones (Commissions)  Bonificaciones o primas (Bonuses) \$ \_\_\_\_\_

g)  Dividendos (Dividends)  Intereses (Interest) \$ \_\_\_\_\_

h)  Fideicomisos (Trusts)  Anualidades (Annuities) \$ \_\_\_\_\_

i)  Pensiones (Pensions)  Planes de jubilación (Retirement funds) \$ \_\_\_\_\_

j) Seguridad social (Social Security) \$ \_\_\_\_\_

k)  Discapacidad (Disability)  Seguro de desempleo (Unemployment insurance)  Indemnización por accidente de trabajo (Worker's comp.) \$ \_\_\_\_\_

l) Asistencia Pública (Pagos de Welfare, y/o de A.F.D.C.) \$ \_\_\_\_\_  
 [Public Assistance (Welfare, A.F.D.C. payments)]

m)  Manutención de menores (Child Support)  Pensión alimenticia (lo recibido) (Alimony (actually received)) \$ \_\_\_\_\_

n) Ingresos por alquiler de propiedades (adjunte el formulario B llenado) \$ \_\_\_\_\_  
 [Rental from income producing property (attach a completed Schedule B)]

o) Regalías, derechos de autor y otros (Royalties and other rights) \$ \_\_\_\_\_

p) Contribuciones de personas que viven con usted (Contributions from household member/s) \$ \_\_\_\_\_

q) Otros - especifique (Other - specify) \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**r) Total de sus ingresos/ganancias semanales brutas** \$ \_\_\_\_\_  
 (Total Gross Weekly Income/Receipts)  
 (sume las líneas 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)**

División (Division) \_\_\_\_\_ Tribunales (The Trial Court) N° de expediente (Docket No.) \_\_\_\_\_

**Asuntos Testamentarios y de Familia (Probate and Family Court Department)**

**DECLARACIÓN FINANCIERA (FINANCIAL STATEMENT)**

**(Formulario corto) (Short Form)**

**3. DEDUCCIONES DE SUS INGRESOS BRUTOS DETALLADAS (ITEMIZED DEDUCTIONS FROM GROSS INCOME)**

- a) Deduciones del impuesto federal (reclamando \_\_\_\_\_ exenciones) \$ \_\_\_\_\_  
*[Federal income tax deductions (claiming-- exemptions)]*
- b) Deduciones del impuesto estatal (reclamando \_\_\_\_\_ exenciones) \$ \_\_\_\_\_  
*[State income tax deductions (claiming-- exemptions)]*
- c) F.I.C.A. y Medicare (F.I.C.A. and Medicare) \$ \_\_\_\_\_
- d) Seguro médico (Medical Insurance) \$ \_\_\_\_\_
- e) Cuotas del sindicato (Union Dues) \$ \_\_\_\_\_
- f) **Total de las deducciones** (sume las líneas a, b, c, d, e) *[Total Deductions (a through e)]* \$ \_\_\_\_\_

**4. INGRESOS NETOS SEMANALES AJUSTADOS (ADJUSTED NET WEEKLY INCOME)**

línea 2(r) menos línea 3(f) *[2(r) minus 3(f)]* \$ \_\_\_\_\_

**5. OTRAS DEDUCCIONES DE SUS INGRESOS - TRABAJO A SUELDO/ POR HORA (OTHER DEDUCTIONS FROM SALARY/WAGES)**

- a) Cooperativa de crédito (Credit Union)  Pago de préstamo (Loan repayment)  Ahorros (Savings) \$ \_\_\_\_\_
- b) Ahorros (Savings) \$ \_\_\_\_\_
- c) Jubilación o retiro (Retirement) \$ \_\_\_\_\_
- d) Otra – Especifique (Por ejemplo: manutención de menores, compensación diferida ó 401K) \$ \_\_\_\_\_  
*[Other-Specify (i.e. Child Support, Deferred Compensation or 401K)]*
- e) **Total de las deducciones** (sume las líneas a, b, c, d) *[Total Deductions (a through d)]* \$ \_\_\_\_\_

**6. INGRESOS SEMANALES NETOS (NET WEEKLY INCOME)** Línea 4 menos línea 5(e) *[4 minus 5(e)]* \$ \_\_\_\_\_

**7. INGRESOS ANUALES BRUTOS DEL AÑO ANTERIOR (GROSS YEARLY INCOME FROM PRIOR YEAR)**

(adjunte copias de todos los formularios W-2 y 1099 del año anterior) *(attach copy of all W-2 and 1099 forms for prior year)* \$ \_\_\_\_\_

**Cuántos años lleva contribuyendo con pagos a Seguridad Social** \_\_\_\_\_  
*(Number of years you have paid into Social Security)*

**8. GASTOS SEMANALES (WEEKLY EXPENSES)**

- |   |   |
|---|---|
| a) Alquiler o hipoteca (PIT) \$ _____<br><i>[Rent or Mortgage (PIT)]</i>            | l) Seguro de vida \$ _____<br><i>(Life Insurance)</i>                                       |
| b) Seguro de propietario/inquilino \$ _____<br><i>(Homeowners/Tenant Insurance)</i> | m) Seguro médico \$ _____<br><i>(Medical Insurance)</i>                                     |
| c) Mantenimiento y arreglos \$ _____<br><i>(Maintenance and Repair)</i>             | n) Gastos médicos no cubiertos por el seguro \$ _____<br><i>(Uninsured Medicals)</i>        |
| d) Calefacción \$ _____<br><i>(Heat)</i>  | o) Gastos imprevistos y efectos personales \$ _____<br><i>(Incidentals and Toilettries)</i> |
| e) Electricidad y/o gas \$ _____<br><i>(Electricity and/or Gas)</i>                 | p) Gastos de automóvil \$ _____<br><i>(Motor Vehicle Expenses)</i>                          |
| f) Teléfono \$ _____<br><i>(Telephone)</i>  | q) Cuotas de la financiación del automóvil \$ _____<br><i>(Motor Vehicle Payment)</i>       |
| g) Agua/Alcantarillado \$ _____<br><i>(Water/Sewer)</i>                             | r) Cuidado de niño/s \$ _____<br><i>(Child Care)</i>  |
| h) Comida \$ _____<br><i>(Food)</i>   | s) Otros (explique) \$ _____<br><i>[Other (explain)]</i>                                    |
| i) Provisiones para el hogar \$ _____<br><i>(House Supplies)</i>                    |   |
| j) Lavandería y tintorería \$ _____<br><i>(Laundry and Cleaning)</i>                |   |
| k) Ropa \$ _____<br><i>(Clothing)</i>   |   |

**t) Total de los gastos semanales (Total Weekly Expenses)**  
(Sume las líneas a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s) (a through s) \$ \_\_\_\_\_

**9. HONORARIOS DE ABOGADO/S (COUNSEL FEES)**

- a) Anticipo pagado a su abogado o abogados *[Retainer amount(s) paid to your attorney(s)]* \$ \_\_\_\_\_
- b) Gastos legales hechos a cuenta del anticipo hasta la fecha *[Legal fees incurred, to date, against retainer(s)]* \$ \_\_\_\_\_
- c) Total aproximado de los gastos por este litigio entre \$ \_\_\_\_\_ y \$ \_\_\_\_\_  
*(Anticipated range of total legal expense to litigate this action)*

**Estado de Massachusetts (Commonwealth of Massachusetts)**  
**Tribunales (The Trial Court)** N° de expediente (Docket No.) \_\_\_\_\_  
**Asuntos Testamentarios y de Familia (Probate and Family Court Department)**  
**DECLARACIÓN FINANCIERA (FINANCIAL STATEMENT)**  
**(Formulario corto) (Short Form)**

**10. BIENES (ASSETS)** (de ser necesario, adjunte otra hoja) *(attach additional sheet if necessary)*

a) Bienes raíces *(Real Estate)*

Lugar *(Location)* \_\_\_\_\_

Título a nombre de *(Title held in the name of)* \_\_\_\_\_

Valor justo de mercado \$ \_\_\_\_\_ - Hipoteca \$ \_\_\_\_\_ = Valor neto \$ \_\_\_\_\_  
*(Fair Market Value) (Mortgage) (Equity)*

b) Vehículos *(Motor Vehicles)*

Valor justo de mercado \$ \_\_\_\_\_ - Préstamo \$ \_\_\_\_\_ = Valor neto \$ \_\_\_\_\_  
*(Fair Market Value) (Motor Vehicle Loan) (Equity)*

Valor justo de mercado \$ \_\_\_\_\_ - Préstamo \$ \_\_\_\_\_ = Valor neto \$ \_\_\_\_\_  
*(Fair Market Value) (Motor Vehicle Loan) (Equity)*

c) IRA, Keogh, pensión, participación en ganancias, otros planes de jubilación  
*(IRA, Keogh, Pension, Profit Sharing, Other Retirement Plans)*

Nombre de la institución financiera o del plan y número de su cuenta  
*(Financial Institution or Plan Name and Account Number)*

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

d) Anualidad(es) de impuestos diferidos *[Tax Deferred Annuity Plan(s)]*

\$ \_\_\_\_\_

e) Seguro de vida: Valor actual al contado *(Life Insurance: Present Cash Value)*

f) Cuentas de ahorros y corrientes, cuentas de mercado monetario, certificados de depósito  
 -individuales, conjuntas, a nombre de otra persona pero a beneficio de usted o a nombre  
 de usted pero a beneficio de su/s hijo/s menor/es de edad

*[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)]*

Nombre de la institución financiera o del plan y número de su cuenta  
*(Financial Institution or Plan Name and Account Number)*

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

g) Otros (p.ej. acciones, bonos, cobranzas) *[Other (e.g. stocks, bonds, collections)]*

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**h) Valor total de su activo o bienes** (sume las líneas a, b, c, d, e, f, g)  
*[Total Assets (a through g)]*

\$ \_\_\_\_\_

**11. DEUDAS O PASIVO (No incluya los gastos que figuran en la parte 8 de arriba) [LIABILITIES (Do not list expenses shown in item 8 above)]**

Acreeador <i>(Creditor)</i>	Clase de deuda <i>(Nature of Debt)</i>	Cuándo la contrajo <i>(Date Incurred)</i>	Cuánto debe <i>(Amount Due)</i>	Pago semanal <i>(Weekly Payment)</i>
a)			\$	\$
b)			\$	\$
c)			\$	\$
d)			\$	\$
<b>e) Total adeudado</b> <i>(Total Liabilities)</i>			\$	\$

**Estado de Massachusetts (Commonwealth of Massachusetts)**  
**División (Division)** \_\_\_\_\_ **Tribunales (The Trial Court)** \_\_\_\_\_ **Nº de expediente (Docket No.)** \_\_\_\_\_  
**Asuntos Testamentarios y de Familia (Probate and Family Court Department)**  
**DECLARACIÓN FINANCIERA (FINANCIAL STATEMENT)**  
**(Formulario corto) (Short Form)**

**CERTIFICACIÓN**  
**(CERTIFICATION)**

Certifico bajo pena de perjurio que la información contenida en esta Declaración Financiera y los formularios adjuntos, de haberlos, es completa, verdadera y exacta.  
*(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).*

Fecha \_\_\_\_\_  
*(Date)* **Mes/día/año (Month/day/Year)**

Firma \_\_\_\_\_  
*(Signature)*

**INSTRUCTIONS: In any case where an attorney is appearing for a party, said attorney MUST complete the Statement by Attorney.**  
*(Instrucciones: Cuando comparece un abogado en representación de alguna de las partes, dicho abogado DEBE completar la Declaración del Abogado).*

**STATEMENT BY ATTORNEY**  
**(DECLARACIÓN DEL ABOGADO)**

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.

*(Yo, el abogado abajofirmante, he sido autorizado para ejercer mi profesión en Massachusetts—he sido autorizado pro hoc vice, para los propósitos de este caso exclusivamente—y soy funcionario del Tribunal. Como abogado de la parte en cuyo nombre se presenta esta Declaración Financiera, declaro por la presente y ante las autoridades judiciales que, según mi más leal saber y entender, ésta no contiene ningún dato falso).*

Date \_\_\_\_\_  
*(Fecha)* **Month/day/Year (Mes/día/año)**

\_\_\_\_\_  
*(Signature of attorney)*  
*(Firma del abogado)*

\_\_\_\_\_  
*(Print name)*  
*(Nombre y apellido en letra de imprenta)*

\_\_\_\_\_  
*(Street address)*  
*(Número y calle)*

\_\_\_\_\_  
*(City/Town) (State) (Zip)*  
*(Ciudad/Localidad (Estado) (Código))*

Tel.No. \_\_\_\_\_  
*(Teléfono)*

B.B.O. \_\_\_\_\_  
*(Nº de admisión)*