

Progenitor no custodio:

Fecha:

Parte custodia:

Identificador de caso de Nueva York:

### Declaración jurada del patrimonio neto

Yo, \_\_\_\_\_, debidamente juramentado, declaro que la siguiente es una declaración precisa de mis ingresos, deducciones, gastos, información del seguro médico, información del empleador e información de mi dirección particular:

**Use tinta negra únicamente**

1. ¿Presentó la declaración del impuesto sobre la renta federal para el año fiscal **2021**?  Sí  No

**Si la respuesta es "Sí"**, indique su "Ingreso total" según lo informó en su declaración del impuesto sobre la renta federal de **2021**:

Copia de: **2021** IRS Formulario 1040, Línea 9 que incluye los montos del Anexo 1, línea 10 1. \_\_\_\_\_

**Si la respuesta es "No"**, calcule su "Ingreso total" para **2021** como debe informar en su declaración de impuesto sobre la renta federal completando lo siguiente (si no tiene montos que ingresar, escriba "0"):

- 1. Sueldos, salarios, propinas, etc. \_\_\_\_\_
- 2. Interés gravable \_\_\_\_\_
- 3. Dividendos ordinarios \_\_\_\_\_
- 4. Reembolsos, créditos o compensaciones gravables de impuestos estatales y locales \_\_\_\_\_
- 5. Pensión alimenticia recibida \_\_\_\_\_
- 6. Ingresos (o pérdidas) comerciales \_\_\_\_\_
- 7. Ganancia (o pérdida) de capital \_\_\_\_\_
- 8. Otras ganancias (o pérdidas) \_\_\_\_\_
- 9. Monto gravable de distribuciones de IRA \_\_\_\_\_
- 10. Monto gravable de pensiones y rentas vitalicias \_\_\_\_\_
- 11. Bienes inmuebles para renta, regalías, sociedades, corporaciones S, fideicomisos, etc. \_\_\_\_\_
- 12. Ingreso (o pérdida) agrícola \_\_\_\_\_
- 13. Indemnización por desempleo \_\_\_\_\_
- 14. Monto gravable de los beneficios del seguro social \_\_\_\_\_
- 15. Otros ingresos [indicar] \_\_\_\_\_

Total (sume líneas 1 – 15) 1a \_\_\_\_\_

2. Para sus ingresos de **2021**, proporcione el monto en dólares de cada uno de los siguientes tipos de ingresos, si los hubiere, que no estén incluidos en 1 o 1a arriba (si todos esos ingresos fueron incluidos o si no tuvo ingresos de ese tipo, marque la casilla que corresponda)

Tipo de ingreso	Monto no incluido arriba	Todos ya incluidos arriba	No recibí ninguno
a. Ingresos por inversiones (menos gastos)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Compensación de ingresos diferidos	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Compensación laboral	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Beneficios por discapacidad	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Beneficios del seguro de desempleo	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Beneficios de seguro social	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Beneficios para veteranos	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Pensiones y Beneficios de Jubilación	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Becas y estipendios	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Pagos de anualidades	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total (sumar líneas a - j) 2. \_\_\_\_\_

3. ¿Estuvo trabajando por cuenta propia en algún momento durante **2021**?  Sí  No (pase a la pregunta 4)

**Si la respuesta es "Sí", indique el monto en dólares de las deducciones por las actividades realizadas por cuenta propia que tuvo en **2021** para lo siguiente:**

a. Deducción por depreciación mayor que la depreciación calculada de forma lineal para determinar ingresos comerciales o créditos de inversión (si no corresponde, escriba "0") 3a. \_\_\_\_\_

b. Las asignaciones de entretenimiento y viaje deducidas de los ingresos comerciales en la medida en que esas asignaciones reduzcan los gastos personales (si no corresponde, escriba "0") 3b. \_\_\_\_\_

4. ¿Estuvo empleado o recibió compensación de una corporación, corporación S, corporación de responsabilidad limitada, sociedad, sociedad de responsabilidad limitada, empresa unipersonal u otra entidad comercial en cualquier momento durante **2021**?  Sí  No (pase a la pregunta 5)

**Si la respuesta es "Sí", indique el monto en dólares de los incentivos y beneficios complementarios recibidos como parte de la compensación por el empleo:**

a. Comidas, alojamiento, membresías, automóviles u otros incentivos en la medida en que constituyan gastos para uso personal o que directa o indirectamente confieran beneficios económicos personales (si no corresponde, escriba "0") 4a. \_\_\_\_\_

b. Beneficios complementarios (si no corresponde, escriba "0") 4b. \_\_\_\_\_

5. Indique el monto en dólares de dinero, bienes o servicios proporcionados por familiares y amigos durante **2021** (si no corresponde, escriba "0"):

a. Dinero \_\_\_\_\_

b. Bienes \_\_\_\_\_

c. Servicios \_\_\_\_\_

Total (sume las líneas a – c) 5. \_\_\_\_\_

6. Indique el valor actual en dólares de los activos que no generan ingresos (si no corresponde, escriba "0"):

a. Casas/Edificios \_\_\_\_\_

b. Terrenos \_\_\_\_\_

c. Automóviles \_\_\_\_\_

d. Embarcaciones \_\_\_\_\_

e. Casas rodantes \_\_\_\_\_

f. Autocaravanas/Remolques \_\_\_\_\_

g. Motocicletas \_\_\_\_\_

h. Motonieves \_\_\_\_\_

i. Colección de monedas, estampillas o arte \_\_\_\_\_

j. Joyas \_\_\_\_\_

k. Otros bienes \_\_\_\_\_

Total (sume las líneas a – k) 6. \_\_\_\_\_



- No.** Mi empleador u organización **no ofrece** seguro médico para mis hijos.
- No.** Actualmente no estoy empleado.

11. Si cambió de empleador o fuente de ingresos durante el año pasado, enumere los empleadores y las fuentes de ingresos anteriores (**Escriba con letra impresa**; adjunte páginas adicionales si es necesario):

a. Empleo anterior (nombre, dirección y número de teléfono de cada empleador actual):

Salario bruto (sin deducciones) \$ \_\_\_\_\_  
( por hora     diario     semanal     anual)

b. Otras fuentes de ingresos anteriores:

Tipo \_\_\_\_\_

Cantidad de ingresos \$ \_\_\_\_\_  
( por hora     diario     semanal     anual)

12. Indique sus gastos de cuidado infantil y los gastos educativos de su(s) hijo(s), si los hubiere (**escriba con letra impresa** y adjunte la documentación de respaldo, es decir, copias de las facturas o una carta del proveedor de cuidado infantil):

a. Cuidado infantil para niños mientras la persona que tiene la custodia está empleada o recibe educación primaria, secundaria o superior o capacitación vocacional:

\$ \_\_\_\_\_  
( por hora     diario     semanal     anual)

Nombres de los niños en cuidado infantil:

b. Cuidado infantil para niños mientras la parte con la custodia busca empleo:

\$ \_\_\_\_\_  
( por hora     diario     semanal     anual)

Nombres de los niños en cuidado infantil:

c. Gastos educativos para los niños:

\$ \_\_\_\_\_  
( por hora     diario     semanal     anual)

Nombre de los niños con gastos educativos:

Escriba con letra imprenta la siguiente información:

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Cód. postal

(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_  
Número de teléfono durante el día

(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_  
Número de teléfono durante la noche

XXX-XX-\_\_\_\_\_  
Número de seguro social

**Declaración:**

“Toda la información que he proporcionado en esta declaración jurada, y la documentación de respaldo que consta de \_\_\_\_ páginas, que he adjuntado a esta declaración jurada, es verdadera y correcta a mi leal saber y entender”.

\_\_\_\_\_  
Su firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Jurado ante mi el día  
de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del notario público/comisionado de escrituras

Devuelva esta declaración jurada completa a la unidad de cumplimiento de manutención infantil a la siguiente dirección:

**Importante:** Asegúrese de incluir toda la documentación de respaldo para esta declaración jurada, así como todos los demás documentos que debe presentar.