

# TESTIMONIO GENERAL

(Se deben proporcionar instrucciones al demandante como parte del formulario).

**ESTE FORMULARIO CONTIENE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL – NO PRESENTE ESTE FORMULARIO EN UN ARCHIVO DE ACCESO PÚBLICO**

La información de este formulario se puede presentar con la petición o alegato y se puede revelar a las partes en el caso a menos que vaya acompañada de una declaración jurada/resolución judicial de confidencialidad.

Si usted no es el destinatario previsto, queda usted notificado que cualquier uso, divulgación, distribución o copia de este formulario o su contenido está estrictamente prohibido.

**Se debe adjuntar el Formulario de Datos Personales para la Sección 311 de la Ley Uniforme Interestatal de Manutención Familiar (UIFSA, por sus siglas en inglés).**

Sello del archivo

**Demandante: Nombre legal** (primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo) **Caso IV-D:**  TANF  
 IV-E Cuidado de acogida  
 Solo Medicaid  
 Asistencia anterior  
 Nunca asistencia

**Acreeador(a)**  **Deudor(a)**  
**Afiliación de tribu** (si corresponde) **Caso no IV-D:**

**Demandado: Nombre legal** (primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo)

**Acreeador(a)**  **Deudor(a)** **Identificador de caso IV-D de respuesta:** \_\_\_\_\_  
**Afiliación de tribu** (si corresponde) **Número del tribunal de respuesta:** \_\_\_\_\_

**Nota:** **Identificador de Caso IV-D solicitante:** \_\_\_\_\_  
**Número del tribunal solicitante:** \_\_\_\_\_

**declaración jurada/resolución judicial de confidencialidad adjunta**  
 **Este formulario enviado a través de EDE**

Yo, \_\_\_\_\_, declaro bajo pena de perjurio:  
Nombre legal (primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo)

## I. Información personal sobre el acreedor(a): (El cuidador del acreedor(a) debe completar la sección I.E solamente) Ver sección IX

### A. Información sobre el pariente acreedor(a)

- Nombre legal (primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo):
- Género:  Masculino  Femenino  Otro
- a. Ocupación, oficio o profesión:  
b. Máximo nivel académico alcanzado:
- Estado civil actual para efectos de la declaración de impuestos:  Soltero  Jefe de familia  Casado que presenta una declaración conjunta  Casado que presenta una declaración por separado  Viudo/viuda calificado con hijos a cargo  Se desconoce

### B. Descripción física del padre acreedor(a) (Adjunte una foto reciente si está disponible)

- Raza:
- Altura:
- Peso:
- Color de pelo:
- Color de ojos:

### C. ¿Es el padre obligante económicamente responsable de los hijos a cargo que no sean los que figuran en esta acción (incluidos en la sección IV)? Sí No Se desconoce (En caso afirmativo, proporcione la información a continuación si la conoce).

- a. Nombre legal (primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo): b. Año de nacimiento:  
c. Relación: d. Viviendo con:
- a. Nombre legal (primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo): b. Año de nacimiento:  
c. Relación: d. Viviendo con:

## TESTIMONIO GENERAL, PÁGINA 2

### I. Información personal sobre el acreedor(a): (continuación)

3.	a. Nombre legal (primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo):	b. Año de nacimiento:
	c. Relación:	d. Viviendo con:

D. ¿Tiene el padre acreedor(a) una orden de pago de sustento para cualquiera de los hijos incluidos previamente en la parte C?  
[ ] Sí [ ] No [ ] Se desconoce (En caso afirmativo, complete la información a continuación, si la conoce, y adjunte una copia del pedido y el registro de pago o comprobante de pago, si está disponible).

1.	a. Nombres de los hijos:	
	b. Cantidad:	c. Frecuencia:
	d. Estado y condado/tribu/país:	e. Número de tribunal:

2.	a. Nombres de los hijos:	
	b. Cantidad:	c. Frecuencia:
	d. Estado y condado/tribu/país:	e. Número de tribunal:

3.	a. Nombres de los hijos:	
	b. Cantidad:	c. Frecuencia:
	d. Estado y condado/tribu/país:	e. Número de tribunal:

E. Información del cuidador acreedor(a): (Proporcione cualquier información relevante de los padres ajenos a la causa, incluida la información financiera en la sección IX).

- |   |
|---|
| 1. Nombre legal del cuidador (primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo):         |
| 2. La relación del cuidador con el niño es: [ ] Tiene la custodia/tutela legal del niño |
| 3. Fecha en que los hijos comenzaron a vivir con el cuidador:                           |

### II. Datos Personales del deudor(a):

[ ] Vea sección IX

#### A. Información del deudor(a):

1.	1. Nombre legal (primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo):
2.	Género: [ ] Masculino [ ] Femenino [ ] Otro
3.	a. Ocupación, oficio o profesión:
	b. Máximo nivel de educación alcanzado:
4.	Estado civil actual para efectos de la declaración de impuestos: [ ] Soltero [ ] Jefe de hogar [ ] Casado que presenta una declaración conjunta [ ] Casado que presenta una declaración por separado [ ] Se desconoce

#### B. Descripción física del deudor(a): (Adjunte una foto reciente si está disponible)

1.	Raza:	2.	Altura:	Peso:	4.	Color de pelo:
5.	Color de los ojos:					

C. ¿Es el deudor(a) responsable económicamente de los hijos a cargo que no sean los que figuran en esta acción (incluidos en la sección IV)? [ ] Sí [ ] No [ ] Se desconoce (En caso afirmativo, proporcione la información a continuación si la conoce)

1.	a. Nombre legal (primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo):	b. Año de nacimiento:
	c. Relación:	d. Viviendo con:
2.	a. Nombre legal (primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo):	b. Año de nacimiento:
	c. Relación:	d. Viviendo con:

**II. Información personal sobre el deudor(a) (continuación):**

3.	a. Nombre legal (primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo):	b. Año de nacimiento:
	c. Relación:	d. Viviendo con:

D. ¿Tiene el deudor(a) una orden de pago de sustento para cualquiera de los hijos enumerados previamente en la parte C?  
 Sí  No  Se desconoce (En caso afirmativo, complete la información a continuación, si la conoce, y adjunte una copia de la orden y el registro de pago o comprobante de pago, si está disponible).

1.	a. Nombres de los hijos:	
	b.Cantidad \$	c. Frecuencia:
	d.Estado y condado/tribu/país:	e.Número de tribunal:

2.	a. Nombres de los hijos:	
	b.Cantidad \$	c. Frecuencia:
	d.Estado y condado/tribu/país:	e.Número de tribunal:

3.	a. Nombres de los hijos:	
	b.Cantidad \$	c. Frecuencia:
	d.Estado y condado/tribu/país:	e.Número de tribunal:

**III. Relación legal de los padres de los hijos incluidos en la Sección IV:**

Vease sección IX

- A.  Nunca se casaron entre sí
- B.  Casados el \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
(Fecha) (Estado y condado/tribu/país)
- C.  Casados de derecho consuetudinario durante el período \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
(Fecha) (Estado y condado/tribu/país)
- D.  Separados legalmente el \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
(Fecha) (Estado y condado/tribu/país)
- E.  Divorcio pendiente en \_\_\_\_\_  
(Estado y condado/tribu/país)
- F.  Divorciados el \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
(Fecha) (Estado y condado/tribu/país)
- G.  Otro \_\_\_\_\_

**IV. Hijos a cargo en esta acción:**

Vease sección IX

A.	1. Nombre legal (primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo):	2. ¿Paternidad establecida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	3. Gastos del cuidado de los hijos por mes – Total: \$ _____ Subsidiado por el estado: \$ _____ Gastos en efectivo: \$ _____	4. ¿Se ha establecido una orden de manutención? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	5. ¿Vive con el demandante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	6. ¿Recibe el niño beneficios del Seguro Social, VA, etc.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, complete la información a continuación) _____ \$ _____ por mes <small>(Tipos de beneficio)</small>	
	Basado en el reclamo de _____ Relación con el niño: _____ <small>(Nombre)</small>	
	7. Afiliación de tribu : <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, base de la afiliación de tribu _____)	

## TESTIMONIO GENERAL, PÁGINA 4

### IV. Hijos a cargo en esta acción (continuación):

B. 1. Nombre legal (primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo): _____	2. ¿Paternidad establecida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3. Gastos del cuidado de los hijos por mes – Total: \$ _____ Subsidiado por el estado: \$ _____ Gastos en efectivo: \$ _____	4. ¿Se ha establecido una orden de sustento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	5. ¿Vive con el demandante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Recibe el niño beneficios del Seguro Social, VA, etc.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, complete la información a continuación). _____ \$ _____ por mes (Tipos de beneficio) Basado en la afirmación de _____ Relación con el niño: _____ (Nombre)		
7. Afiliación de tribu: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, base de la afiliación de tribu: _____ )		

  

C. 1. Nombre legal (primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo): _____	2. ¿Paternidad establecida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3. Gastos del cuidado de los hijos por mes - \$ _____ Subsidiado por el estado: _____ Gastos en efectivo: \$ _____	4. ¿Se ha establecido una orden de sustento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	5. ¿Vive con el demandante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Recibe el niño beneficios del Seguro Social, VA, etc.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, complete la información a continuación). _____ \$ _____ por mes (Tipos de beneficio) Basado en la afirmación de _____ Relación con el niño: _____ (Nombre)		
7. Afiliación de tribu: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, base de la afiliación de tribu: _____ )		

### V. Cobertura de atención médica: Vea sección IX

A. **Cobertura de atención médica para los hijos:** Para cada uno de los hijos incluidos en la sección IV, complete la información continuación.

1. a.	Nombre del niño: ¿Este niño tiene cobertura de atención médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce (Si la respuesta es no o se desconoce pase a 1.e.)
b.	La cobertura de atención médica es proporcionada por (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Medicaid (Pase a 1.e.) <input type="checkbox"/> CHIP (Pase a 1.e.) <input type="checkbox"/> TRICARE (Pase a 1.e.) <input type="checkbox"/> Indian Health Service (Pase a 1.e.) <input type="checkbox"/> El demandante a través de una póliza individual (Continúe con 1.c a continuación). <input type="checkbox"/> El demandante a través de su empleador (Continúe con 1.c a continuación). <input type="checkbox"/> El demandado a través de una póliza individual (Continúe con 1.c a continuación). <input type="checkbox"/> El demandado a través de su empleador (Continúe con 1.c a continuación). <input type="checkbox"/> Otra persona: _____ Relación con el niño: _____ (Complete 1.c a continuación).
c.	Nombre del proveedor de cobertura de atención médica: Dirección: _____
d.	Número de póliza: _____ Número de grupo: _____
e.	¿Es esta una póliza solo para los hijos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, ¿cuál es la prima mensual para este niño solamente?
f.	¿Quién reclama una exención de dependencia para el niño para propósitos de impuestos federales? <input type="checkbox"/> Obligante <input type="checkbox"/> Obligado <input type="checkbox"/> Otro En caso de ser otra persona, identifíquela: _____ Relación con el niño: _____ (Adjunte una copia de cualquier orden que aborde la exención de dependencia). ¿La persona con derecho a reclamar la exención por dependencia cambia de un año a otro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, explique)

**V. Cobertura de atención médica (continuación):**

2. a. Nombre del niño: \_\_\_\_\_  
 ¿Este niño tiene cobertura de atención médica?  Sí  No  Se desconoce (Si la respuesta es no o se desconoce, pase a 2.e.) En caso afirmativo, ¿toda la información es la misma que la del niño 1?  Sí (Pase a 2.e.)  No (Continúe con 2.b.)

b. La cobertura de atención médica es proporcionada por (marque todo lo que corresponda):  
 Medicaid (Pase a 2.e.)  CHIP (Pase a 2.e.)  TRICARE (Pase a 2.e.)  
 Servicios Médico para Tribus (Pase a 2.e.)  
 El demandante a través de una póliza individual (Continúe con 2.c a continuación)  
 El demandante a través de su empleador (Continúe con 2.c a continuación)  
 El demandado a través de una póliza individual (Continúe con 2.c a continuación)  
 El demandado a través de su empleador (Continúe con 2.c a continuación)  
 Otra persona: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_ (Complete 2.c a continuación)

c. Nombre del proveedor de cobertura de atención médica: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

d. ¿Es esta una póliza solo para los hijos?  Sí  No (En caso afirmativo, ¿cuál es la prima mensual para este niño solamente? \$ \_\_\_\_\_)

e. ¿Quién reclama una exención de dependencia para el niño para propósitos de impuestos federales?  Acreedor(a)  
 Deudor(a)  Otro En caso de ser otra persona, identifíquela: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_ (Adjunte una copia de cualquier orden que aborde la exención de dependencia)

f. ¿La persona con derecho a reclamar la exención por dependencia cambia de un año a otro?  Sí  No (En caso afirmativo, explique en la sección IX).

3. a. Nombre del niño: \_\_\_\_\_  
 ¿Este niño tiene cobertura de atención médica?  Sí  No  Se desconoce (Si la respuesta es o se desconoce, pase a 3.e.) En caso afirmativo, ¿toda la información es la misma que la del niño 1?  Sí (Pase a 3.e.)  No (Continúe con 3.b.)

b. La cobertura de atención médica es proporcionada por (marque todo lo que corresponda):  
 Medicaid (Pase a 3.e.)  CHIP (Pase a 3.e.)  TRICARE (Pase a 3.e.)  
 Servicios Médico para Tribus (Pase a 3.e.)  
 El demandante a través de una póliza individual (Continúe con 3.c a continuación)  
 El demandante a través de su empleador (Continúe con 3.c a continuación)  
 El demandado a través de una póliza individual (Continúe con 3.c a continuación)  
 El demandado a través de su empleador(Continúe con 3.c a continuación)  
 Otra persona: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_ (Complete 3.c. a continuación)

c. Nombre del proveedor de cobertura de atención médica: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

d. ¿Es esta una póliza solo para los hijos?  Sí  No (En caso afirmativo, ¿cuál es la prima mensual para este niño solamente? \$ \_\_\_\_\_)

e. ¿Quién reclama una exención de dependencia para el niño para propósitos de impuestos federales?   
 Acreedor(a)  Deudor(a)  Otro En caso de ser otra persona, identifíquela: Relación con el niño: \_\_\_\_\_  
 (Adjunte una copia de cualquier orden que aborde la exención de dependencia).

f. ¿La persona con derecho a reclamar la exención por dependencia cambia de un año a otro?  Sí  No (En caso afirmativo, explique en la sección IX).

**V. Cobertura de atención médica (continuación):**

**B. Cobertura de atención médica para el demandante:** ¿El demandante tiene cobertura de atención médica?  Sí  No (Si la respuesta es no, pase a B.4)

1. La cobertura de atención médica del demandante es proporcionada por:  Medicaid (Pase a B.4)  TRICARE (Pase a C.)  
 Servicios Médico para Tribus (Pase a C.)  
 Por cuenta propia a través de su empleador (Continúe con B.2 a continuación)  
 Por cuenta propia a través de una póliza individual (Continúe con B.2 a continuación)  
 Otra persona: \_\_\_\_\_ Relación con el demandante: \_\_\_\_\_ (Complete B.2 a continuación)

2. Nombre del proveedor de cobertura de atención médica:  
 Dirección:  
 Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_  
 Prima mensual \$ \_\_\_\_\_ Porción para los hijos indicados en la sección IV: \$ \_\_\_\_\_

3. Además de los hijos en esta acción incluidos en la sección IV, ¿se incluyen otros adultos o menores en este plan?  Sí  No (En caso afirmativo, proporcione la información a continuación)  
 Número total de adultos: \_\_\_\_\_ Número total de menores: \_\_\_\_\_

4. Si el demandante no tiene cobertura de atención médica o la cobertura es a través de Medicaid, ¿está disponible la cobertura patrocinada por el empleador para:
- a. Él mismo  Sí  No
  - b. Hijos incluidos en la sección IV  Sí  No (Si la respuesta es no, pase a C.)
5. Con base en la residencia de los hijos, ¿la cobertura patrocinada por el empleador del demandante es accesible para los hijos en la sección IV?  Sí  No  Se desconoce (Si la respuesta es no, pase a C.)
6. ¿A cuánto ascenderían las primas de un plan de seguro ofrecido por el empleador del demandante?
- a. Por cuenta propia: \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ (semanal, catorcenal, quincenal, mensual, trimestral, anual)
  - b. Para agregar hijos en la sección IV: \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ (semanal, catorcenal, quincenal, mensual, trimestral, anual)

**7. Cobertura de atención médica para el demandado:** ¿El demandado tiene cobertura de atención médica?  Sí  No (Si la respuesta es no, pase a C.4.)  Se desconoce (si lo desconoce, pase a D.)

1. La cobertura de atención médica del demandado es proporcionada por:  Medicaid (Pase a C.4.)  TRICARE (Pase a D.)  
 Servicios Médico para Tribus (Pase a D)  Se desconoce (Pase a D.)  
 Por cuenta propia a través de su empleador (Continúe con C.2 a continuación)  
 Por cuenta propia a través de una póliza individual (Continúe con C.2 a continuación)  
 Otra persona: \_\_\_\_\_ Relación con el demandado: \_\_\_\_\_ (Complete C.2 a continuación)

2. Nombre del proveedor de cobertura de atención médica:  
 Dirección:  
 Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_  
 Prima mensual \$ \_\_\_\_\_ Porción para los hijos de la sección IV:\$ \_\_\_\_\_

3. Además de los hijos incluidos en la sección IV, ¿se encuentran otros adultos o menores incluidos en este plan?  Sí  No (En caso afirmativo, proporcione la información a continuación)  
 Número total de adultos: \_\_\_\_\_ Número total de menores: \_\_\_\_\_

4. Si el demandado no tiene cobertura de atención médica o la cobertura es a través de Medicaid, ¿está disponible la cobertura patrocinada por el empleador para:
- a. Él mismo  Sí  No  Se desconoce (Si la respuesta es no o no lo sabe, pase a la pregunta D.)
  - b. Hijos incluidos en la sección IV  Sí  No  Se desconoce (Si la respuesta es no o no sabe, pase a la pregunta D)
5. Con base en la residencia de los hijos, ¿la cobertura patrocinada por el empleador del demandado es accesible para los hijos en la sección IV?  Sí  No  Se desconoce (Si la respuesta es no, pase a la pregunta D.)

**TESTIMONIO GENERAL, PÁGINA 7**

**V. Cobertura de atención médica (continuación):**

6. ¿A cuánto ascenderían las primas de un plan de seguro ofrecido por el empleador del demandado?
- a. Por cuenta propia: \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ (semanal, catorcenal, quincenal, mensual, trimestral, anual)
- b. Para agregar hijos en la sección IV: \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ (semanal, catorcenal, quincenal, mensual, trimestral, anual)

**VI.** ¿Alguno de los hijos incluidos en la sección IV tiene necesidades especiales o gastos médicos extraordinarios no cubiertos por el seguro?  Sí  No  Se desconoce (En caso afirmativo, proporcione información adicional sobre los hijos con dichas necesidades, el tipo de necesidades/gastos médicos y los costos relacionados en la sección IX)

**VII.** ¿El demandante solicita el reembolso de los gastos médicos pagados?  Sí  No (En caso afirmativo, proporcione la información a continuación)

Saldo: \$ \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (fecha) (Indique fecha, tipo de gasto y costo en la sección IX)

**F.** ¿Está el demandante pidiendo ser compensado por los gastos médicos en curso?  Sí  No (En caso afirmativo, proporcione la información a continuación).

Tipo de gasto: \_\_\_\_\_ Monto: \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ (frecuencia)

(Proporcione información adicional sobre los hijos con dichas necesidades, la necesidad de gastos continuos y los gastos en la sección IX)

**VI. Información adicional para cálculo de sustento de menores:**

Vea sección IX

**A. Establecimiento** (Si no existe una orden de Sustento de menores, complete la siguiente sección):

1. ¿Existe una orden de custodia/tiempo compartido con el padre o la madre?  Sí  No (En caso afirmativo, complete la información a continuación y adjunte una copia de la orden).

Número del tribunal emisor: \_\_\_\_\_ Fecha de la orden: \_\_\_\_\_

2. Si no existe una orden, ¿existe un acuerdo escrito de custodia/tiempo compartido con el padre o la madre?  Sí  No (En caso afirmativo, adjunte una copia).

3. En los últimos 12 meses o desde la separación (cualquiera que sea el período más corto), ¿cuántas noches se quedaron los hijos con el obligante \_\_\_\_\_ obligado \_\_\_\_\_ ?

4. ¿Se solicita sustento de menores por un período de tiempo anterior a la fecha de la petición de sustento (Petición Uniforme de sustento)?

Sí  No (En caso afirmativo, complete las siguientes preguntas y la sección VIII para el período de tiempo)

a.	Se solicita sustento a partir de la siguiente fecha:		
b.	Durante el período de tiempo por el cual se busca el sustento retroactivo, ¿los hijos residieron con el/la deudor(a), aparte del tiempo especificado en una orden existente de custodia/tiempo compartido con el padre o la madre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, descríbalos)		
c.	Durante el período de tiempo por el cual se solicita el sustento retroactivo, ¿realizó el/la deudor(a) pagos directos al acreedor(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, adjunte una declaración jurada de pagos)		
d.	¿Se pagó asistencia social por alguno de los hijos incluidos en la sección IV? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, marque la casilla correspondiente y proporcione el período de beneficio y estado)		
	<input type="checkbox"/> TANF/ Para / Por:	_____ / _____ Primer mes                      año	Para _____ / _____ Último mes                      año                      Por: _____ Estado
	<input type="checkbox"/> Medicaid/ Para / Por:	_____ / _____ Primer mes                      año	Para _____ / _____ Último mes                      año                      Por _____ Estado
	<input type="checkbox"/> Cuidado de acogida / Para / Por:	_____ / _____ Primer mes                      año	Para _____ / _____ Último mes                      año                      Por _____ Estado

**VI. Información adicional para el cálculo de sustento de menores (continuación):**

B. **Modificación** (En caso de existir una orden de sustento de menores que el demandante busca modificar, complete la siguiente sección):

1. Indique el fundamento de la petición de modificación (marque todo lo que corresponda):

a. Las ganancias del obligado han:

aumentado sustancialmente

disminuido sustancialmente

b. Las ganancias del obligante han:

aumentado sustancialmente

disminuido sustancialmente

c. Las necesidades que los hijos han:

aumentado sustancialmente

disminuido sustancialmente

d.  La orden de sustento actual se estableció o modificó por última vez hace al menos 3 años o un tiempo menor según lo permitan las leyes de la jurisdicción de respuesta.

e.  Otro; explique: \_\_\_\_\_

2. ¿Existe una orden de custodia/tiempo compartido con el padre o la madre?  Sí  No (En caso afirmativo, adjunte una copia de la orden)

Número del tribunal emisor \_\_\_\_\_ Fecha de la orden \_\_\_\_\_

3. Si no existe una orden de custodia/tiempo compartido con el padre o la madre, ¿existe un acuerdo por escrito de custodia/tiempo compartido con el padre o la madre?  Sí  No (En caso afirmativo, adjunte una copia del acuerdo).

4. En los últimos 12 meses o desde la separación (cualquiera que sea el período más corto), ¿cuántas noches se quedaron los hijos con el/la acreedor(a) \_\_\_\_\_ deudor(a) \_\_\_\_\_?

---

**VII. Orden de sustento y pago:**

Vea sección IX

A. ¿Existe una orden de divorcio o separación legal que involucre a los hijos en esta acción?

Sí  No (En caso afirmativo, proporcione una copia de la orden)

B. ¿Existe una orden de sustento actual?  Sí  No (En caso afirmativo, adjunte el historial de pagos de sustento del deudor(a))

C. ¿Requiere la orden de sustento que el/la deudor(a) le pague cantidades de sustento a alguien que no sea la Unidad de Desembolso del Estado (SDU, por sus siglas en inglés) (p. ej., directamente al acreedor(a), proveedor de servicio de guardería o proveedor de atención (médica)?  Sí  No (En caso afirmativo, complete D)

D. ¿Ha realizado el/la deudor(a) algún pago directo según la orden anotada en C?

Sí  No (En caso afirmativo, adjunte una declaración jurada de pagos)

E. Si no existe una orden de sustento, ¿ha realizado el/la deudor(a) algún pago voluntario de sustento?

Sí  No (En caso afirmativo, adjunte una declaración jurada de pagos)

---

**VIII. Información financiera:**

Ver sección IX

La información requerida varía según las pautas de respaldo de la jurisdicción de respuesta. El demandante incluye un cuidador acreedor(a) con la custodia legal de los hijos.

Ingresos mensuales de todas las fuentes:

¿Está empleado el demandante?  Sí; ocupación: \_\_\_\_\_  No; fuente de ingresos: \_\_\_\_\_



## TESTIMONIO GENERAL, PÁGINA 9

---

### VIII. Información financiera (continuación):

Ingreso mensual de todas las fuentes (continuación):

	Demandante
2. Cantidades de ingresos brutos mensuales:	
a) Asistencia social	
i) Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)	\$
ii) TANF	\$
iii) Otros	\$
b) Salario pago base, salarios	\$
c) Horas extras, comisiones, propinas, bonos, medio tiempo	\$
d) Compensación por desempleo	\$
e) Indemnización por accidentes en el trabajo	\$
f) Beneficios del Seguro Social por concepto de incapacidad (no SSI)	\$
g) Beneficios del Seguro Social por Jubilación	\$
h) Dividendos e intereses	\$
i) Ingresos de fideicomisos/anualidades	\$
j) Pensiones, jubilaciones	\$
k) Sustento de menores	\$
l) Sustento conyugal/pensión alimenticia	\$
3. Activos que producen ingresos	\$
4. Todas las demás fuentes (especificar)	\$
3. Deducciones del salario bruto:	
a) Impuesto federal sobre la renta	\$
b) Impuesto estatal sobre la renta	\$
c) Impuesto local	\$
d) FICA	\$
4. Otras deducciones:	
a) Jubilación obligatoria	\$
b) Jubilación no obligatoria	\$
c) Seguro médico	\$
d) Cuotas sindicales	\$
e) Otra (especificar)	\$
5. Ingreso bruto del año anterior:	\$

---

### IX. Otra información pertinente:

[ ] Continúa en las hojas adjuntas, incorporadas por referencia.

## TESTIMONIO GENERAL, PÁGINA 10

---

### X. Adjunto e incorporado por referencia:

- Número requerido de copias de todas las órdenes de sustento para el caso
- Registros certificados de pago para el sustento de menores
- Atrasos en los pagos o intereses devengados (declaración jurada de atrasos en los pagos)
- Historial de pagos
- Copias de los tres talonarios de pago más recientes de los empleadores actuales
- Copias de facturas médicas no reembolsadas para los hijos en esta acción
- Copia de la declaración de impuestos federales más reciente
- Declaración en apoyo al establecimiento de paternidad para cada niño cuya paternidad está en cuestión
- Copia de los certificados/registros de nacimiento de los hijos
- Reconocimiento de paternidad
- Documentación de custodia/tutela legal de hijos
- Documentación de gastos de cuidado de los hijos
- Documentación de los gastos médicos en curso para los hijos en esta acción
- Documentación que apoya la solicitud de modificación
- Copia de la orden de divorcio o separación legal que involucra a los hijos en esta acción
- Otro: \_\_\_\_\_

Documentos adjuntos adicionales, incorporados por referencia.

---

### XI. Declaración:

Bajo pena de perjurio, toda la información y los hechos declarados en este Testimonio general son verdaderos a mi leal saber y entender.

_____ Fecha	_____ Demandante (Nombre) o	_____ Firma
_____ Fecha	_____ Nombre/Título, representante de la Agencia o del Tribunal	_____ Firma

### Requisitos de cifrado:

Al comunicar este formulario a través de transmisión electrónica, se deben tomar precauciones para garantizar la seguridad de los datos. Se anima a las agencias que brindan apoyo a la infancia a utilizar las aplicaciones electrónicas proporcionadas por la Oficina Federal para el Sustento de Menores. Se pueden usar otros medios electrónicos, como archivos adjuntos encriptados a correos electrónicos, si el método de encriptación cumple con la Publicación 140-2 (FIPS PUB 140-2) relativa a los Estándares Federales de Procesamiento de la Información (FIPS, por sus siglas en inglés).