

**DECLARACIÓN JURADA DE RECURSOS ECONÓMICOS**

JD-FM-6S-LONG Rev. 2-16  
P.B. §§ 25-30, 25a-15

ESTADO DE CONNECTICUT  
**TRIBUNAL DE PRIMERA INSTANCIA**  
www.jud.ct.gov

Para uso exclusivo del tribunal  
**FINAFFL**



**AVISO SOBRE LA LEY ADA**  
La Rama Judicial del Estado de Connecticut cumple con los requisitos de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés). Si necesita un ajuste razonable acorde con la ley ADA, comuníquese con un empleado de la Secretaría o algún delegado de la ADA cuyos nombres aparecen en la página web: www.jud.ct.gov/ADA.

Número de expediente  
**- FA - - S**

**Instrucciones**

Use esta versión larga del formulario si su ingreso anual bruto es mayor de \$75,000 (véase la Sección I, Ingreso) o si el monto total neto de sus activos (bienes) es mayor de \$75,000 (véase la Sección IV, Activos), o si la suma de ambas cifras son mayores de \$75,000. De lo contrario, llene el formulario JD-FM-6 SHORT, la versión abreviada.

Para el distrito judicial de \_\_\_\_\_ En (dirección del tribunal) \_\_\_\_\_

Nombre del caso \_\_\_\_\_

Nombre del declarante (el que presenta el formulario) \_\_\_\_\_  Demandante  Demandado

**Certificación**

Afirmo que la información contenida en la presente declaración jurada y declaraciones complementarias adjuntas, de haberlas, es completa, veraz y exacta. Entiendo que cualquier falsedad deliberada en la información contenida en dicha declaración, podría tener como resultado la imposición de sanciones y cargos penales en mi contra.

**I. Ingresos**

**1) Ingresos semanales brutos/ingresos en efectivo y subsidios de toda fuente**

Calculados en base a lo que va del año, pero no menos de las últimas 13 semanas. Si el cálculo se basa en un período menor de 13 semanas o si no concuerda con el salario actual, explique:

\_\_\_\_\_

Cobra:  Semanal  Quincenal  Mensual  Dos veces al mes  Anual

Si no se cobra semanalmente, ajuste la tasa semanal de la siguiente manera:

Quincenal → divida por 2	Dos veces al mes → multiplique por 2, multiplique por 12, divida por 52
Mensual → multiplique por 12, divida por 52	Anual → divida por 52

(a)	Patrono(s)	Dirección	Salario básico:
1. trabajo	_____	_____	<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Sueldo \$ _____
2. trabajo	_____	_____	<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Sueldo \$ _____
3. trabajo	_____	_____	<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Sueldo \$ _____

**Monto total del sueldo base del salario y el sueldo de todos los trabajos** ..... \$ \_\_\_\_\_

(b) Horas extraordinarias .....	\$ _____	(o) Subsidio de desempleo .....	\$ _____
(c) Trabajo por cuenta propia .....	\$ _____	(p) Compensación por accidente laboral .....	\$ _____
(d) Propinas .....	\$ _____	(q) Asistencia Pública (Welfare, Pagos de TFA) .....	\$ _____
(e) Comisiones .....	\$ _____	(r) Pensión alimenticia (recibida) .....	\$ _____
(f) Bonos .....	\$ _____	(s) Pensión compensatoria (recibida) .....	\$ _____
(g) Dividendos .....	\$ _____	(t) Propiedad de renta y otros bienes que generan ingresos .....	\$ _____
(h) Interés .....	\$ _____	(u) Regalías y otros derechos .....	\$ _____
(i) Fideicomisos .....	\$ _____	(v) Contribuciones de otros miembros del hogar .....	\$ _____
(j) Anualidades .....	\$ _____	(w) Ingresos en efectivo .....	\$ _____
(k) Pensiones .....	\$ _____	(x) Prestaciones para veteranos .....	\$ _____
(l) Jubilación/Fondos con impuestos diferidos.....	\$ _____	(y) Otros: .....	\$ _____
(m) Seguro social .....	\$ _____		
(n) Discapacidad .....	\$ _____		

**(z) Monto total de los ingresos brutos semanales/ingresos en efectivo y prestaciones de toda fuente** (Suma de las líneas «a» a la «y») ..... \$ \_\_\_\_\_

Horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_  
 Ingresos brutos anuales del año anterior. Proporcione el monto del ingreso, no copias de formularios ..... \$ \_\_\_\_\_  
 Anote aquí e incluya explicación sobre cualquier otro ingreso en el que se incluyan de manera no limitativa: ingresos no reportados y sostén proporcionado por parientes, amigos y otros:

**2) Deducciones obligatorias (De no haber deducciones periódicas en cada cheque, proporcione cantidades promedio)**

	Trabajo 1	Trabajo 2	Trabajo 3	Total
(1) Deducciones de impuestos federales ( _____ deducciones)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(2) Seguro Social o Jubilación Obligatoria	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(3) Deducciones de impuestos estatales ( _____ deducciones)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(4) Medicare	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(5) Seguro médico	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(6) Cuotas del sindicato	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(7) Orden judicial previa de pago de pensión alimenticia de menores o compensatoria/excónyuge	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<b>(8) Monto total de las deducciones obligatorias</b> (sumar secciones 1 hasta la 7)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

**3) Ingreso neto semanal** ..... \$ \_\_\_\_\_  
 Restar el monto total de las deducciones de carácter obligatorio [véase el apartado I., 2), (8)] del monto total del ingreso bruto semanal /sumas de dinero y prestaciones de toda fuente [véase el apartado I., 1), z)]

**4) Otras deducciones**

(1) Préstamo de Cooperativa de Crédito .....	\$ _____	(5) Cuentas/Planes de ahorro para gastos médicos.....	\$ _____
(2) Ahorros .....	\$ _____	(6) Compensación diferida o 401K .....	\$ _____
(3) Jubilación. ....	\$ _____	(7) Otras deducciones antes de la imposición de impuestos.....	\$ _____
(4) Otra orden posterior del tribunal .....	\$ _____	(8) Otros embargos al sueldo .....	\$ _____
(p.e., pensión alimenticia o pensión compensatoria para ex cónyuge)			
<b>(9) Monto total de otras deducciones (suma de los renglones 1 al 8)</b> .....			\$ _____

**II. Gastos semanales no deducidos del sueldo**

Si no se deducen los gastos semanalmente, ajuste la tasa del pago de la siguiente manera:

Quincenal → divida por 2	Dos veces al mes → multiplique por 2, multiplique por 12, divida por 52
Mensual → multiplique por 12, divida por 52	Annually → divide by 52

Marque la casilla con una («X») si **no** está cubriendo ese gasto en la actualidad, o si es otro el que lo paga.

Casa:

Renta o Hipoteca (Principal, Interés — <input type="checkbox"/> \$ _____ Impuestos de bienes raíces y seguro si cuenta con un depósito en plica)	2.ª hipoteca/línea de crédito con garantía hipotecaria u otros préstamos prendarios <input type="checkbox"/> \$ _____
Impuesto sobre la propiedad y tasaciones <input type="checkbox"/> \$ _____	Mejoras para el hogar (Especificar) _____ <input type="checkbox"/> \$ _____
Cuotas de mantenimiento de condominio <input type="checkbox"/> \$ _____	

Servicios públicos domiciliarios:

Aceite .....	<input type="checkbox"/> \$ _____	Teléfono/Celular/Internet .....	<input type="checkbox"/> \$ _____
Electricidad .....	<input type="checkbox"/> \$ _____	Recogida de basura .....	<input type="checkbox"/> \$ _____
Gas .....	<input type="checkbox"/> \$ _____	T.V./Internet .....	<input type="checkbox"/> \$ _____
Agua y alcantarillado .....	<input type="checkbox"/> \$ _____		

Comestibles (Juego de agotar cupones de alimentos): Incluidos artículos para el hogar, leche en polvo para bebés, pañales (No incluya comidas para llevar)  \$ \_\_\_\_\_

Restaurantes (Incluya comidas para llevar) .....

Transporte:

Gasolina/Aceite .....	<input type="checkbox"/> \$ _____	Préstamo o arrendamiento de auto .....	<input type="checkbox"/> \$ _____
Reparaciones/Mantenimiento .....	<input type="checkbox"/> \$ _____	Transporte público .....	<input type="checkbox"/> \$ _____
Seguro/Impuestos/Matrícula de autos .....	<input type="checkbox"/> \$ _____		

Primas de seguro:

Médico/Dental (gastos extraordinarios fuera de lo cubierto por cuentas/planes de ahorro para gastos médicos) <input type="checkbox"/> \$ _____	Vida .....	<input type="checkbox"/> \$ _____
	Gastos médicos/dentales que el seguro no cubre	<input type="checkbox"/> \$ _____

Marque la casilla con una («X») si **no** está cubriendo ese gasto en la actualidad, o si es otro quien lo paga.

Cuidado personal (p.e., corte de pelo, etc.)	<input type="checkbox"/>	\$ _____	Ropa	<input type="checkbox"/>	\$ _____
Tintorería	<input type="checkbox"/>	\$ _____	Entretenimiento, pasatiempos	<input type="checkbox"/>	\$ _____
Alcohol, productos de tabaco	<input type="checkbox"/>	\$ _____	Vacaciones	<input type="checkbox"/>	\$ _____

Hijos:

Pensión alimenticia en el presente caso	<input type="checkbox"/>	\$ _____	Educación de Menores ( <i>Primaria, secundaria, universidad, ocupacional</i> )	<input type="checkbox"/>	\$ _____
Gastos de guardería de niños ( <i>después de deducciones, créditos y subvenciones</i> )	<input type="checkbox"/>	\$ _____	Actividades para niños ( <i>p.e., clases particulares, deportes, etc.</i> )	<input type="checkbox"/>	\$ _____
Pensión alimenticia para otros menores que no están incluidos en este caso ( <i>adjunte copia de la orden</i> )	<input type="checkbox"/>	\$ _____	Campamento para niños	<input type="checkbox"/>	\$ _____
			Ropa y zapatos para niños	<input type="checkbox"/>	\$ _____

Marcar aquí si alguna parte es por orden judicial

Educación ( <i>propia</i> )	<input type="checkbox"/>	\$ _____
Pensión compensatoria para ex cónyuge [ <i>Alimony</i> ]: Pagadera a este cónyuge	<input type="checkbox"/>	\$ _____
Pensión compensatoria para ex cónyuge [ <i>Alimony</i> ]: Pagadera a otro cónyuge	<input type="checkbox"/>	\$ _____

Gastos relacionados al empleo (*que no son reembolsables*):

Uniformes	<input type="checkbox"/>	\$ _____
Transporte	<input type="checkbox"/>	\$ _____
Cursos requeridos de formación continuada	<input type="checkbox"/>	\$ _____
Otro ( <i>Especificar</i> ): _____	<input type="checkbox"/>	\$ _____
Contribuciones caritativas	<input type="checkbox"/>	\$ _____
Asignación para hijos	<input type="checkbox"/>	\$ _____
Gastos de viaje extraordinarios relativos a las visitas con los menores	<input type="checkbox"/>	\$ _____
Otros ( <i>Especificar</i> ): _____	<input type="checkbox"/>	\$ _____

**Monto total de los gastos semanales no deducidos del pago** ..... \$ \_\_\_\_\_

### III. Pasivos (Deudas)

No incluya los gastos desglosados arriba. No incluya el saldo actual del préstamo hipotecario o saldos de otros préstamos desglosados en la sección de "Bienes".

Nombre del acreedor /Tipo de deuda	Saldo adeudado	Fecha en que incurrió en la deuda / Rotativa	Pago semanal
Deuda de tarjeta de crédito			
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	\$ _____		\$ _____
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	\$ _____		\$ _____
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	\$ _____		\$ _____
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	\$ _____		\$ _____
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	\$ _____		\$ _____
Otra deuda de consumo			
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	\$ _____		\$ _____
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	\$ _____		\$ _____
Deuda del impuesto			
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	\$ _____		\$ _____
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	\$ _____		\$ _____
Deuda relativa a atención médica			
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	\$ _____		\$ _____
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	\$ _____		\$ _____
Otra deuda			
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	\$ _____		\$ _____
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	\$ _____		\$ _____
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	\$ _____		\$ _____
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	\$ _____		\$ _____
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	\$ _____		\$ _____
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	\$ _____		\$ _____
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	\$ _____		\$ _____

**(A). Monto total de los pasivos (Saldo total de las deudas)** ..... \$ \_\_\_\_\_

**(B). Monto total semanal del costo de los pasivos** ..... \$ \_\_\_\_\_

#### IV. Bienes (activos)

Nota: Bajo el encabezado «Titularidad» indique: S si es Individual, JTS si es conjunta con el cónyuge, y JTO si es conjunta con otra persona. Deberá completar la última columna de la derecha: «Valor a su favor» en cada sección que corresponda.

##### A. Bienes inmuebles (incluidos bienes inmuebles en régimen de aprovechamiento por turno, o tiempo compartido)

Dirección	Titularidad			a. Valor justo del mercado (estimado)	b. Saldo actual del préstamo hipotecario	c. Línea de crédito con garantía hipotecaria y otros préstamos	d. Patrimonio neto (d = a menos (b + c))	e. Monto a su favor
	S	JTS	JTO					
Casa/Vivienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$	\$	\$	\$
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$	\$	\$	\$
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$	\$	\$	\$
<b>Monto total del valor neto de bienes inmuebles:</b>								<b>\$</b>

##### B. Automóviles

Año	Marca	Modelo	Titularidad			a. Valor	b. Saldo del préstamo	c. Patrimonio neto (c = a menos b)	d. Monto a su favor
			S	JTS	JTO				
1:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$	\$	
2:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$	\$	
3:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$	\$	
<b>Monto total del valor neto de automóviles:</b>								<b>\$</b>	

##### C. Cuentas bancarias

No incluir cuentas de custodia ni bienes de los menores — completar la Sección V. a continuación.

Institution	Número de cuenta (Solo los últimos 4 dígitos)	Titularidad			Valor/Saldo actual	Monto a su favor
		S	JTS	JTO		
Cuenta corriente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$
Ahorros		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$
Certificado de depósito		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$
Cooperativa de crédito		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$
Otra cuenta (p.e., mercado monetario, bono de ahorros, etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$
<b>Monto total del valor neto de cuentas bancarias:</b>						<b>\$</b>

##### D. Acciones, bonos, fondos de inversión, fondos de bonos

	Compañía	Número de cuenta (Solo los últimos 4 dígitos)	Beneficiarios inscritos	Valor/Saldo actual
Acciones				\$
Bonos				\$
Fondos de inversión				\$
Fondos de bonos				\$
<b>Monto total del valor neto de acciones, bonos, fondos de inversión, fondos de bonos:</b>				<b>\$</b>

##### E. Seguros (excluir a los menores) D = discapacidad L = de vida

Nombre del asegurado	D	L	Compañía	Número de cuenta (Solo los últimos 4 dígitos)	Beneficiarios inscritos	Valor/Saldo actual
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				\$
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				\$
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				\$
<b>Monto total del valor neto del seguro:</b>						<b>\$</b>

**F. Planes de jubilación** (*Pensiones basadas en intereses, cuenta individual de jubilación (IRA), 401K, Keogh, etc.*)

Tipo de plan	Nombre del plan/banco/compañía	Número de cuenta (Solo los últimos 4 dígitos)	Beneficiarios Inscritos	¿Recibe pagos?	Valor/Saldo actual
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$

**Monto total del valor neto de planes de jubilación: \$**

**G. Participación en negocio/Trabajo por cuenta propia**

Si tiene participación en un negocio o trabaja por cuenta propia, complete esta sección.

Nombre del negocio	Porcentaje de participación	Valor
	%	\$
	%	\$

**Monto del valor neto de su participación en negocio/trabajo por cuenta propia: \$**

**H. Activos en entidades institucionales**

	Institución/Individual	Número de cuenta (Solo los últimos 4 dígitos)	Beneficiarios Inscritos	Valor/Saldo actual
A anualidades				\$
Dinero en efectivo en cuentas de corretaje				\$
Depósitos de fondos en plica (escrow) incluido dinero en custodia de abogado				\$
Participación en ganancias				\$

**Monto total del valor neto de activos en entidades institucionales: \$**

**I. Otros activos**

Nombre del activo	Valor/Saldo actual	Nombre del activo	Valor/Saldo actual
Obras de arte y antigüedades	\$	Armas de fuego	\$
Dinero en efectivo disponible	\$	Muebles para el hogar	\$
Colecciones	\$	Joyas	\$
Contenido de la caja fuerte o de seguridad	\$	Dinero que se le adeuda a usted	\$
Cultivos/ganado	\$	Herramientas/equipos	\$
Nombre del activo	Beneficiarios Inscritos		Valor/Saldo actual
Herencias			\$
Otros (especificar):			\$
			\$

**Monto total del valor neto de otros activos: \$**

**J. Monto total del valor neto de todos los activos** (*sumar desde la sección A hasta la I*)..... \$

**V. Bienes de hijos menores**

*Incluir cuenta normalizada de regalos a menores, cuenta normalizada de fideicomiso para menores, Plan de Ahorro Universitario/Plan de Ahorro 529, Cuentas tuteladas, etc.*

Institución	Número de cuenta (Solo los últimos 4 dígitos)	Beneficiarios Inscritos	Persona que controla la cuenta (Fiduciario)	Valor/Saldo actual
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$

**Monto total del valor neto de bienes de hijos menores: \$**

**VI. Seguro médico** (*Seguro médico y dental*)

Compañía	Nombre de las personas cubiertas por la póliza

¿Usted o algún miembro de su familia está cubierto por el seguro médico HUSKY?  Sí  No  Lo desconozco  
Si lo está, ¿quién?

**Importante:**

**Si tiene cualquier otra información de carácter económico que no haya revelado aún, recuerde que tiene la obligación de hacerlo. Liste la información adicional abajo:**

**Resumen** (*Use las cantidades que aparecen en las secciones I. hasta la IV.*)

<b>Monto total del ingreso neto semanal</b> ( <i>Véase la Sección I. 3</i> ) .....	\$ _____
<b>Monto total semanal de los gastos y pasivos</b> ( <i>Suma total de la Sección II. + III.(B)</i> ) .....	\$ _____
<b>Monto total del valor en efectivo de los activos</b> ( <i>Véase la Sección IV. J.</i> ) .....	\$ _____
<b>Monto total de los pasivos</b> ( <i>Saldo total de las deudas</i> ) ( <i>Véase la Sección III. (A)</i> ) .....	\$ _____

**Certificación**

Afirmo, so pena de perjurio, que la información en la presente declaración jurada de recursos económicos y tablas adjuntas, de haberlas, es exacta, correcta y completa. **Entiendo que si de manera intencionada he proporcionado información fraudulenta, podría ser sancionado, lo que podría resultar en que se presenten cargos en mi contra.**

Yo, \_\_\_\_\_ el  Demandante  Demandado en el presente documento, domiciliado en \_\_\_\_\_, con número de teléfono \_\_\_\_\_, habiendo sido debidamente juramentado, depongo y declaro que la presente es una declaración exacta de mis ingresos de toda fuente, mis pasivos, activos y mi patrimonio neto, cualquiera que sea la fuente, tipo y naturaleza y de dondequiera que se encuentren.

Firma ( <i>Declarante</i> )	Fecha
Signed ( <i>Fedatario (notary), Comisionado del Tribunal de Primera Instancia, Secretario Auxiliar, u otro funcionario acreditado de conformidad con el Art. 1-24 del Código General de Connecticut</i> )	Escribir en letra de molde el nombre y cargo del que firma a la izquierda  Fecha