



**SUPERIOR COURT OF CALIFORNIA
COUNTY OF ORANGE
SELF-HELP CENTER**

**OFICINA DEL FACILITADOR
LISTA DE REQUISITOS PARA ASISTENCIA UNO A UNO**

- Usted debe de tener un caso abierto con el departamento de Servicios de Manutención de Menores (Child Support) con el condado de Orange.
- Tiene que completar** las formas adjuntas en el paquete.
- Tiene que completar** su declaración **en Ingles** explicando lo que usted está solicitando y porque. Si usted está pidiendo una modificación de manutención explique lo que ha cambiando desde que de la última orden fue hecha (perdida de ejemplo: incremento o disminución en el tiempo que pasa con sus hijos, etc.).
- Traiga prueba de sus ingresos:** talones de cheque por los últimos dos meses; si usted trabaja por su cuenta, incluya el Apéndice C (Schedule C) de su declaración de impuestos federales o documentos de cuenta de perdidas y ganancias (Profit & Loss) de los ultimo dos años; beneficios de desempleo; prueba de beneficios de incapacidad; prueba de beneficios de seguro social; y cualquier otra fuente de ingresos que muestre ingresos de un año a la fecha. **El no proveer pruebas de sus ingresos puede resultar que se le denegación su solicitud.**
- Si usted está solicitando una audiencia para revisión de la revocación de su licencia de manejo por favor traiga su carta del departamento de Servicios de Manutención de Menores (Child Support) con el Condado de Orange.
- Si usted está solicitando un pago razonable sobre los pagos atrasados de la manutención de menores o solicita un acuerdo los pagos atrasados de la manutención de menores por favor traiga el documento indicando su balance.
- Traiga todos los documentos que respalde su solicitud.

Este paquete no es para ser presentado en el Tribunal.

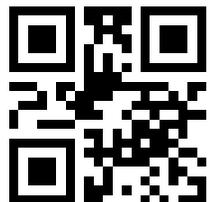
Por favor complete y traiga este paquete con usted cuando regrese a solicitar asistencia en la Oficina del Facilitador. El personal de la Oficina del Facilitador le asistirá a preparar sus formularios en inglés, lo cual es requerido para ser presentados en el tribunal.

Por favor use pluma de tinta NEGRA.

Numero de su caso del Tribunal: _____

Numero de su caso de manutención infantil: _____

*Los empleados de la oficina del Facilitador no le proporcionara asesoría legal.



PAQUETE DE REGISTRO

FLFO Asistencia Uno a Uno

INFORMACION INICIAL ACERCA DE USTED Y DEL OTRO PADRE

Su nombre completo tal como aparece en los archivos del tribunal:

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

El nombre completo del otro Padre tal como aparece en los archivos del tribunal:

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Su dirección actual:

Un número de teléfono donde el personal del tribunal se puede comunicar con usted _____

Dirección actual del otro Padre:

Por favor seleccione todos los tipos de casos en los que se ha visto involucrado:

Divorcio [] No [] Si (No. de Caso y Condado _____)

Violencia Domestica [] No [] Si (No. de Caso y Condado _____)

Corte Juvenil [] No [] Si (No. de Caso y Condado _____)

Manutención Infantil [] No [] Si (No. de Caso y Condado _____)

Otros [] No [] Si (No. de Caso y Condado _____)

Por favor liste todos los hijos **MENORES de esta relación** a continuación:

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento

INFORMACION SOBRE SUS ÓRDENES ACTUALES (SI ES APLICABLE)

A continuación usted deberá proveer la información más reciente sobre las órdenes del tribunal.

MARQUE LAS CASILLAS APROPIADAS A LOS PROBLEMAS QUE SERAN MENCIONADOS

MANUTENCION INFANTIL

Fecha en que se dictó la orden: _____

Ordenando: \$ _____

MANUTENCION DE CONYUGE

Fecha en que se dictó la orden: _____

Ordenando: \$ _____

PAGOS ATRASADOS

Fecha en que se dictó la orden: _____

Ordenando: \$ _____

¿QUE ORDENES LE GUSTARIA OBTENER?

- Monto de Manutención infantil (sino es el pautado): \$ _____
- Monto de Manutención de cónyuge: \$ _____
- Monto en Pagos Atrasados:** _____

DECLARACION

Complete la Declaración Adjunta forma (MC-031) explicándole al tribunal que es que usted está requiriendo y el porqué.

La página web del Centro de Auto-Ayuda tiene una presentación en la que explica cómo escribir una declaración con fines judiciales, que se encuentra disponible en el siguiente enlace:
<http://www.occourts.org/self-help/resources/shresources.html>. Una vez en esta página, desplace hacia abajo hacia Videos Educativos y haga clic en “Escriba una Declaración para el Tribunal o Writing a Declaration for the Court.”

**ESCRIBA SU DECLARACION EN LA
FORMA MC-031 – QUE SE ENCUENTRA
EN LA ULTIMA PAGINA DE ESTE
PAQUETE.**

DECLARACION DE INGRESOS Y GASTOS HOJA DE CÁLCULO

INFORMACION SOBRE SU EMPLEO ACTUAL

A. Empleo:

Actualmente estoy: Empleado Desempleado Trabajo por cuenta propia (si trabaja por su cuenta, pase a sección B.)

(Escriba información sobre su trabajo actual o, si usted está desempleado de información sobre su trabajo más reciente.)

Empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Número de teléfono de su empleador: _____

Ocupación: _____

Fecha de inicio de su empleo: _____

Si desempleado fecha de terminación de su empleo: _____

Trabajo aproximadamente _____ horas por semana.

Mi ingreso en bruto es: \$ _____ (antes de impuestos): por mes por semana por hora

Si usted tiene más de un empleo, proporcione la información a continuación:

Empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Número de teléfono de su empleador: _____

Ocupación: _____

Fecha de inicio de su empleo: _____

Trabajo aproximadamente _____ horas por semana.

Mi ingreso en bruto es: \$ _____ (antes de impuestos): por mes por semana por hora

B. Empleo por su cuenta:

Tipo de relación con el negocio: dueño/propietario único socio del negocio otro: _____

Número de años en este negocio: _____ Nombre del negocio: _____

Tipo del negocio: _____

Ingreso después de los gastos del negocio: Mes anterior: \$ _____ Aproximado mensual*: \$ _____

INFORMACION SOBRE SU EDAD Y EDUCACION

¿Qué edad tiene usted? _____ (años)

¿Termino usted la preparatoria o el equivalente? Si No (Si no, hasta qué grado curso : _____)

¿Qué cantidad de años completo usted de universidad? _____ Certificado obtenido: _____

¿Qué cantidad de años de posgrado completo usted? _____ Certificado obtenido: _____

¿Tiene usted alguna licencia profesional/ocupacional? Si No (Tipo de licencia: _____)

¿Tiene usted algún tipo de capacitación vocacional? Si No (Tipo de capacitación: _____)

INFORMACION SOBRE SUS IMPUESTOS

Ultimo **año fiscal** en el que usted sometió su declaración de impuestos: _____

¿Cuál es su estado civil en su declaración de impuestos? Casado Cabeza de familia Casado/ declarando por separado Casado, archivando en conjunto con: (especifique nombre): _____

Estado(s) donde usted declara impuestos: California Otro: _____

¿Cuantos dependientes (incluyéndose así mismo) ha usted declarado en sus impuestos Federales? _____

¿Tiene conocimiento de los ingresos del otro padre? Sí No ¿Cuál es la cantidad? \$ _____ mensual.

Basado en: Conocimiento Personal Cálculación de la agencia de manutención infantil) Otro:

INFORMACION SOBRE SUS INGRESOS, DEDUCCIONES Y BIENES

Ingreso (en bruto, antes de deducciones):

Tipo y Monto (\$):	El Mes Anterior	Promedio Mensual*
<input type="checkbox"/> Salario/sueldo:	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ingreso por horas extra:	_____	_____
<input type="checkbox"/> Comisiones/Bonos:	_____	_____
<input type="checkbox"/> Pensión/Fondos del retiro:	_____	_____
<input type="checkbox"/> Retiro pagado por el Seguro Social (no SSI):	_____	_____
<input type="checkbox"/> Desempleo:	_____	_____
<input type="checkbox"/> Compensaciones de trabajador:	_____	_____
<input type="checkbox"/> Manutención de Cónyuge (<i>de esta relación</i>):	_____	_____
<input type="checkbox"/> Manutención de Cónyuge (<i>de otra relación</i>):	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otro tipo de ingresos: _____	_____	_____

¿Actualmente se encuentra usted recibiendo Asistencia Pública? Sí No

Tipo de Asistencia y Cantidad (\$):	El Mes Anterior	Promedio Mensual *
<input type="checkbox"/> TANF:	_____	_____
<input type="checkbox"/> SSI:	_____	_____
<input type="checkbox"/> Asistencia del Condado/Ayuda General:	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otro: _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Estampillas de comida:	_____	_____

Ingreso de inversiones, propiedad en alquiler, fideicomiso:

Tipo y Cantidad (\$):	El Mes Anterior	Promedio Mensual *
<input type="checkbox"/> Dividendos/Interes:	_____	_____
<input type="checkbox"/> Propiedad en alquiler:	_____	_____
<input type="checkbox"/> Fideicomisos:	_____	_____

Gananciales monetarios una-única vez en los últimos 12 meses (ganancias de lotería, herencia etc.):

Tipo: _____
Cantidad \$ _____

Cambio de ingresos:

¿Cómo ha cambiado su situación financiera en los últimos 12 meses? _____

Deducciones (mes anterior):

Cuotas sindicales: \$ _____
Pagos requeridos para el retiro (no 401(k)): \$ _____
Deducciones Medicas/dentales/otros gastos de seguro médico Premium: \$ _____
Manutención infantil de otros menores: \$ _____ (¿Es esta cantidad una orden del juez? Sí No.
Si la respuesta es sí, proporcione el número de caso(s): _____
¿Es esta cantidad pagada directamente al otro padre de familia? Sí No
 Manutención de cónyuge de otro matrimonio/Asociación domestica: \$ _____
Gastos necesarios de trabajo no reembolsados por su empleador \$ _____
(explique): _____

Bienes:

Efectivo, en cuenta bancaria u otras instituciones financieras: \$ _____
Acciones, bonos u otros bienes que pueden ser fácilmente vendidos: \$ _____
Bienes raíces (valor del mercado actual menos la deuda de su hipoteca): \$ _____
Propiedad personal (p ej., automóviles; valor actual en el mercado menos la deuda en este): \$ _____

INFORMACION SOBRE SU HOGAR Y SUS GASTOS

Las siguientes personas viven conmigo: (personas que usted mantiene o ayudan a su manutención):

Nombre	Edad	Relación con usted (esposa, etc.)	Ingreso mensual en bruto de esa persona	Paga alguno de los gastos del hogar?
1. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Gastos MENSUALES promedio: Gastos estimados Gastos Reales Gastos Propuestos

a. Vivienda:			h. Lavandería & limpieza	\$ _____
<input type="checkbox"/> Renta o Hipoteca:	<input type="checkbox"/> Si hipoteca	\$ _____	i. Ropa	\$ _____
	(Principal):	\$ _____		
Impuestos:	(Interés):	\$ _____		
Seguro de Propietario o Inquilino		\$ _____		
b. Gastos médicos no pagados por el seguro		\$ _____	j. Educación	\$ _____
c. Cuidado de los niños		\$ _____	k. Entretenimiento, regalos y vacaciones	\$ _____
d. Comida y despensa para el hogar		\$ _____	l. Gastos de automóvil y transportación (seguro, gasolina, reparación y autobús)	\$ _____
e. Comiendo fuera de casa		\$ _____	m. Seguro (de vida, accidentes, etc. no incluya seguro de automóvil o salud)	\$ _____
f. Utilidades (gas, electricidad, agua, basura)		\$ _____	n. Ahorros e inversiones	\$ _____
g. Teléfono, teléfono celular e Internet.		\$ _____	o. Donaciones	\$ _____
			q. Otros	\$ _____

Pagos a plazos y deudas no incluidas anteriormente (prestamos, tarjetas de crédito etc.):

Pagado a	Por	Monto Mensual (\$)	Balanza (\$)	Fecha del último pago
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____	_____

INFORMACION SOBRE SUS HIJOS EN ESTE CASO

¿Cuántos hijos tiene usted con el otro padre en este caso? _____

Porcentaje de tiempo los niños están con usted: Usted _____% El otro padre _____%

Si usted no sabe el porcentaje de tiempo que usted está con sus hijos por favor explique su horario:

Seguro de salud:

¿Tiene usted seguro de salud disponible para sus hijos por medio de su empleador? Sí No

Si usted tiene seguro de salud para sus hijos por favor escriba el nombre y la dirección de la compañía de seguro: _____

¿Cuál es su costo mensual por el pago del seguro de salud de los menores? \$ _____

Gastos adicionales para los menores en este caso (Guardería/cuidado de los niños, gastos médicos no cubiertos por el seguro, gastos de viaje, educacionales/necesidades especiales):**

Tipo: _____ Monto Mensual \$ _____

****Traiga pruebas de estos gastos adjuntos a su archivo.**

INFORMACION SOBRE GASTOS EXTRAORDINARIOS

Gastos extraordinarios de salud: Monto Mensual \$ _____ ¿Cuántos Meses? _____

Perdidas mayores no cubiertas por el seguro (incendio, robo, etc.): Monto Mensual \$ _____

¿Cuántos Meses? _____

Gastos por hijos biológicos o adoptados de otra relación *que se encuentran viviendo con usted*:

Nombre de los menores Edad Gastos Mensuales (\$) ¿Qué tiempo? Manutención Mensual del Menor

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

PARTE SIN ABOGADO O ABOGADO (Nombre y Dirección): No. DE TELEFONO: _____ No. DE FAX (Opcional): _____ CORREO ELECTRONICO (Opcional): _____ ABOGADO PARA (Nombre): _____ No. DE COLEGIO DE ABOGADOS: _____	PARA USO DE LA CORTE UNICAMENTE <h2 style="text-align: center;">Solo para Información</h2> <h2 style="text-align: center;">No entregue a la Corte</h2>
CORTE SUPERIOR DE CALIFORNIA, CONDADO DE ORANGE CENTRO JUDICIAL: <input type="checkbox"/> Central – 700 Civic Center Drive West, Santa Ana, CA 92701-4045 <input checked="" type="checkbox"/> Lamoreaux – 341 The City Drive South, Orange, CA 92868-3205	
DEMANDANTE: DEMANDADO: OTRO PADRE/PARTE:	
DECLARACION EN RESPALDO A LA MODIFICACION DE MANUTENCION DE LOS HIJOS	NUMERO DE CASO: No entregue a la corte

Estoy solicitando una modificación de manutención de los hijos, con base en el siguiente cambio de circunstancias, desde que la última orden judicial de manutención fue emitida:

1. **Pérdida de empleo y desempleo actual**
 Perdí mi trabajo en: _____. Fui: suspendido (*laid-off*) despedido Otro: _____.
 He estado buscando trabajo desde que perdí mi empleo. Una lista de mis contactos de empleo esta adjunta o será proveída en la audiencia. Estoy recibiendo beneficios de desempleo y solicito a la corte que establezca la manutención de mis hijos con base en mis beneficios de desempleo. No soy elegible para beneficios de desempleo, y solicito a la corte que reduzca la manutención de mis hijos a cero hasta que encuentre empleo.

2. **Cambio de empleo y reducción de ingresos**
 - a. Ya no estoy trabajando para el mismo empleador desde que la última orden judicial fue emitida. No he trabajado allí desde _____. La razón por la que no estoy trabajando allí es porque _____. Actualmente trabajo en _____. Mi ocupación es _____. Gano \$ _____ por hora y usualmente trabajo ____ horas por semana. Mi ingreso bruto promedio mensual es \$ _____. Esta es una reducción de mi ingreso bruto mensual de \$ _____ desde la fecha de la última orden. He tratado de encontrar empleo de igual ganancia, pero no ha sido posible.
 - b. Estoy empleado en el mismo lugar desde que la última orden fue emitida, pero mis ingresos han disminuido. Actualmente gano \$ _____ por hora y usualmente trabajo ____ horas por semana. Esto es una disminución de mi ingreso bruto mensual de \$ _____. Mis ganancias disminuyeron porque:

3. **Cambio de custodia y/o tiempo compartido con los niños en este caso**
 - a. Ahora tengo custodia primaria Incremento sustancial del tiempo compartido con los niños en este caso. El tiempo que los niños están conmigo actualmente, es el siguiente: _____

 Estimo que el tiempo compartido es: _____% conmigo and _____% con el otro padre. El tiempo compartido fue calculado por Servicios de la Corte Familiar la corte mí.
 - b. Mi hijo/a, _____, esta emancipado como resultado de: Haber cumplido 18 años y no estar en la escuela secundaria cumplir 19 años contraer matrimonio estar en el servicio militar una orden judicial. Solicito que la orden de manutención de mi hijo/a sea terminada.

DEMANDANTE: DEMANDADO: OTRO PADRE/PARTE:	NUMERO DE CASO:
--	-----------------

4. **Incapacidad y reducción de ganancias y/o pérdida de Ingresos**

Actualmente estoy incapacitado. Mi incapacidad inició en _____ y consiste en los siguientes problemas médicos/psicológicos: _____

Estaré incapacitado hasta _____. He adjuntado una Verificación de Incapacidad de mi médico de cabecera.

(Seleccione uno)

- a. No estoy recibiendo beneficios por incapacidad en este momento, pero he aplicado para beneficios. Espero recibir beneficios por incapacidad por parte del gobierno estatal gobierno federal seguro privado Otro: _____. Espero empezar a recibir beneficios aproximadamente en _____ por la cantidad de \$ _____ mensualmente. Solicito a la corte que reduzca la manutención de mi hijo/a, hasta que empiece a recibir estos beneficios.
- b. No espero recibir beneficios de incapacidad en el futuro porque: _____

Solicito a la corte que reduzca a cero la manutención de mi hijo/a.

- c. Recibo beneficios por incapacidad por parte del gobierno estatal gobierno federal póliza privada. El monto mensual que recibo es de \$ _____. De esta incapacidad mensual, \$ _____ es deducido para manutención. Solicito que la manutención de mi hijo/a, sea suspendida o reducida, durante el periodo de mi incapacidad. Solicito que cualquier beneficio de Seguro Social obtenido como resultado de mi incapacidad, derivado a mis hijos, sea acreditado a mi pago de manutención, según lo establecido en la Sección 4504 del Código de Familia.
- d. Recibo beneficios de SSI/SSP y he recibido beneficios de SSI/SSP desde _____. Por lo tanto, la manutención de hijo/a, deberá ser ordenada a cero por todo el tiempo que yo continúe recibiendo estos beneficios.

5. **Cambio de ingresos o habilidad del otro padre para generar ingresos**

Desde la última orden judicial de manutención, el otro padre:

- a. Ha obtenido un empleo, ganando \$ _____ por hora, trabajando _____ horas por semana.
- b. Ha recibido un incremento en sus ganancias, y ahora gana \$ _____ por mes.
- c. Actualmente tiene la habilidad para obtener empleo y para ganar al menos \$ _____ por mes.

6. **Dificultad financiera**

Desde que la última orden fue emitida, he sostenido las siguientes dificultades financieras:

- a. **Dificultad según el estatuto legal –**
- Gastos de hijos naturales o adoptados en el hogar (FC § 4071(a)(2)). Proveo manutención para los siguientes hijos naturales o adoptados que residen en mi hogar: _____.
 - Gastos extraordinarios de salud, y pérdidas catastróficas no aseguradas (FC § 4071(a)(1)): _____.
- b. **Ajuste por bajos ingresos –** Solicito que la corte ordene un ajuste por bajos ingresos en este caso, porque mis ingresos netos mensuales son menores a \$1500, tomando en consideración todas las deducciones y dificultades admisibles.
- c. **Discreción de la corte –** Solicito que la corte utilice su discreción y se desvíe del monto reglamentario porque la aplicación de la formula reglamentaria, sería injusta o inapropiada, debido a las circunstancias especiales en mi caso. Los hechos que respaldan las circunstancias especiales en mi caso son: _____

DEMANDANTE:
DEMANDADO:
OTRO PADRE/PARTE:

NUMERO DE CASO:

7. **Reciente liberación de encarcelamiento y reducción en ingresos y/o desempleo actual**

Fui liberado de la cárcel en _____. Estuve encarcelado desde _____ a _____. Actualmente estoy desempleado como resultado de mi encarcelamiento, y estoy buscando empleo activamente. Una lista de mis contactos de empleo está adjunta o será proveída en la audiencia. Actualmente no tengo ingresos. Estoy solicitando a la corte que reduzca la manutención de mis hijos a cero, hasta que encuentre empleo. Estoy dispuesto a regresar a la corte para audiencias de revisión, según sea necesario. Estoy en un programa de recuperación denominado: _____ y he estado allí desde: _____. Los requerimientos del programa son: _____. No tengo autorización de trabajar por los primeros _____ semanas/meses. De ahí en adelante, puedo trabajar como se detalla a continuación: _____

He adjuntado verificación de mi inscripción y participación en este programa. Estoy solicitando a la corte que reduzca mi manutención a cero hasta que encuentre empleo. Estoy dispuesto a regresar a la corte para audiencias de revisión cuando sea necesario.

8. **Otro cambio de circunstancias:** _____

9. **Solicito que mi manutención sea modificada, y sea reducida a cero por cualquier mes calendario completo en los cuales el padre que ha sido ordenado a pagar manutención, esté encarcelado o recibiendo SSI, y en caso de que no tenga ningún otro patrimonio o fuente de ingresos. Para cualquier otro período, solicito que la orden actual de manutención permanezca en efecto hasta que sea modificada por orden de la corte.**

10. **Otra información que deseo que la corte sepa concerniente a la manutención de mis hijos en mi caso, que respalda mi solicitud:**

Declaro bajo pena de perjurio, bajo las leyes del Estado de California, que lo anterior es verdadero y correcto.

Fecha: _____

(ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE MOLDE)

(FIRMA DEL DECLARANTE)

PLAINTIFF/PETITIONER: DEFENDANT/RESPONDENT:	CASE NUMBER:
--	--------------

DECLARATION

(This form must be attached to another form or court paper before it can be filed in court.)

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the foregoing is true and correct.

Date:

(TYPE OR PRINT NAME)

(SIGNATURE OF DECLARANT)

Attorney for
 Plaintiff
 Petitioner
 Defendant
 Respondent
 Other (*Specify*):