

**Commonwealth of Massachusetts
The Trial Court
Probate & Family Department**

Division _____

Docket _____

**FINANCIAL REPORT (Short Form)
Declaración Financiera (Formulario Breve)**

Plaintiff/Peticionario VS Defendant/Peticionado

INSTRUCTIONS: If your income equals or exceeds \$75,000.00 you must complete the LONG FORM financial statement, unless otherwise ordered by the Court. / questions on both sides of this form must be answered in full or word "none" inserted. If additional space is needed for any answer, an attached sheet may be filed addition to, but not in lieu of, the answer. Information contained herein is confidential and is only available to the parties and persons authorized under Probate Family Court Department Supplemental Rule 401. [INSTRUCCIONES: Si su ingreso anual es igual a o mayor de \$75,000.00 deberá llenar la Declaración Financiera (Formulario Largo), a menos que el Tribunal le ordene lo contrario. Favor de contestar todas las preguntas que aparecen a ambos lados de este formulario. Si la pregunta no aplica su situación, favor de escribir N/A en la línea correspondiente. Si necesita espacio adicional para cualquiera de las preguntas, puede añadir una hoja adicional pero la misma no se en substitución de las respuestas. La información aquí contenida es de carácter confidencial y estará sólo a la disposición de las partes y las personas autorizadas bajo la Reg. Suplementaria 401 del Tribunal de Sucesiones, Tutelas y Relaciones Familiares.]

1. Your name[Nombre] _____ Soc.Sec.Nº/Seguro Social _____
Address[Dirección] Nº _____ St.[calle] _____ City[Ciudad] _____
Age[Edad] _____ Tel.Nº[Teléfono] _____ Nº of Children living with you[Núm. De Niños que viven con Ud.] _____
Occupation[Ocupación] _____ Employer[Empleador] _____
Employer's Address[Dirección del Empleador] _____
Employer's Tel.Nº[Teléfono del Empleador] _____ Health Ins. Coverage [Póliza Seguro Médico] [] Yes/Sí [] No
Health Insurance Provider[Proveedor Seguro Médico] _____ Cert. Nº[Núm. De Certificado] _____

2. GROSS WEEKLY INCOME FROM ALL SOURCES [Ingresos semanales brutos por todas las fuentes de ingreso] (strike inapplicable words) [tache toda palabra no pertinente a su situación]

a. Base pay from salary, wages [Sueldo básico]..... \$ _____

b. Self-employment income (attach a completed Schedule A) [Ingresos por trabajo realizado por cuenta propia. Incluya copia Planilla A]..... \$ _____

c. Income from overtime, commissions, tips, bonuses, part-time job [Ingresos por tiempo extra, comisiones, propinas, bonos, trabajo a tiempo parcial]..... \$ _____

d. Dividends and interest [Dividendos e intereses]..... \$ _____

e. Income from trusts or annuities [Ingreso por fideicomiso o renta vitalicia]..... \$ _____

f. Pensions & retirement funds [Pensiones y fondos de jubilación]..... \$ _____

g. Social Security [Seguro Social]..... \$ _____

h. Disability, unemployment insurance or worker's compensation [Beneficios por discapacidad, seguro por desempleo o compensación por accidente en el trabajo]..... \$ _____

i. Public Assistance (Welfare, A.F.D.C.) [Bienestar Público]..... \$ _____

j. Rental from Income Producing Property (attach a completed Schedule B) [Renta de Propiedades que generen ingresos. Incluya copia Planilla B]..... \$ _____

k. All other sources(including child support, alimony) [Otras fuentes de ingreso incluyendo manutención, pensión alimenticia]..... \$ _____

l. TOTAL GROSS WEEKLY INCOME (a through I) [Suma Total de Ingresos Semanales Brutos: suma de la línea "a" hasta la "K"]..... \$ _____
(L)

3. Itemize Deductions from Gross Income [Detalle las deducciones al ingreso bruto]

a. Federal income tax deductions [Deducciones a los impuestos federales] (claiming/reclama _____ exemptions/ exoneraciones) \$ _____

b. State income tax deductions [Deducciones a los impuestos estatales] (claiming/reclama _____ exemptions/exoneraciones) \$ _____

c. F.I.C.A. \$ _____

d. Medical Insurance [Seguro Médico]..... \$ _____

e. Union Dues [Cuotas por Sindicato]..... \$ _____

f. Total Deductions (a through e)[Total de deducciones: suma de la línea "a" hasta la "e"]..... \$ _____ (F)

4. Adjusted Net Weekly Income [Ingresos netos semanales ajustados]
2(l) minus 3(f) [Reste la línea "3(f)" de la línea "2(l)"] \$ _____ (4)

- 5. Other Deductions From Salary [Otras deducciones al sueldo]**
- a. Credit Union (Loan Repayment or Savings) [Cooperativa de crédito/Reembolso de préstamos o ahorros]... \$ _____
 - b. Savings [Ahorros]..... \$ _____
 - c. Retirement [Jubilación]..... \$ _____
 - d. Other- Specify (such as Deferred Compensation or 401K [Otro/especifique - Tales como Compensación diferida o 401K]..... \$ _____
- e. Total Deductions (a through d)[Suma Total de deducciones: suma de la línea "a " hasta la " d"].....\$ _____ (E)
6. Net Weekly Income [Ingresos netos semanales] 4 minus 5(e) [Reste la línea "5(e)" de la línea "4".....\$ _____ (6)
7. Gross Yearly Income From Prior Year (Attach copy of all W-2 & 1099 forms for prior year) [Ingresos anuales brutos del año anterior. Incluya copia de todas las W-2 y 1099]..... \$ _____

8. Weekly Expenses (Do not duplicate weekly expenses) [Gastos semanales. No los duplique.]

a. Rent or mortgage/Alquiler o hipoteca	\$ _____	i. Life Insurance/ Seguro de vida	\$ _____
b. Homeowner's Insurance/Seguro de propiedad	\$ _____	m. Medical Insurance/Seguro médico	\$ _____
c. Maintenance&Repair/Mantenimiento y reparaciones	\$ _____	n. Uninsured Medical/Gastos médicos no cubiertos	\$ _____
d. Heat (Type)/Calefacción. Tipo: _____	\$ _____	o. Incidentals & Toiletries/accesorios y efectos personales	\$ _____
e. Electricity and/or Gas /Electricidad o gas	\$ _____	p. Motor Vehicle expenses/ Gastos vehículo de motor	\$ _____
f. Telephone /Teléfono	\$ _____	q. Motor Vehicle loan payment/ Pago préstamo de vehículo de motor	\$ _____
g. Water/Sewer /Agua y alcantarillado	\$ _____	r. Child Care/ Gastos relacionados al cuidado de hijos menores	\$ _____
h. Food / Alimentos	\$ _____	s. Other(attach additional schedule if necessary) / Otro(incluya lista adicional de ser necesario)	\$ _____
i. House Supplies /Provisiones para el hogar	\$ _____		\$ _____
j. Laundry & Cleaning /Lavandería y limpieza	\$ _____		\$ _____
k. Clothing / Ropa	\$ _____		\$ _____

Total Weekly Expenses (a through s) [Total Gastos Semanales/ suma de la línea "a" hasta la "s"].....\$ _____

- 9. Counsel Fees [Honorarios de abogados]**
- a. Retainer amount(s) paid to your attorney [Cantidad del depósito pagado a su abogado]..... \$ _____
 - b. Legal fees incurred, to date, against retainer [Honorarios incurridos, hasta ahora, y deducidos del depósito]....\$ _____
 - c. Anticipated range of total legal expense to prosecute this action [Estimado costo total por concepto de gastos en representación legal en este caso]..... de \$ _____ to/a\$ _____

10. Assets (attach additional schedule for additional real estate & other assets, if necessary)

[Posesiones / si es necesario haga una lista de los bienes raíces y otros valores adicionales]

- a. Real Estate [Bienes Raíces] _____
 Location [Localización] _____
 Fair Market Value [Valor real] _____ Mortgage(s)Hipoteca(s)\$ _____ =Equity[Capital Propio]\$ _____
- b. IRA[Cuenta Jubilación Individual], Keogh, Pension[Jubilación], Profit Sharing[Participación de ganancias], Other Retirement Plans [Otros planes de jubilación]
 Financial Institution Name & Account Number [Empresa financiera y N° de cuenta] _____ \$ _____
- c. Tax Deferred Annuity Plan(s) [Plan(es) de Anualidad de pago diferido]..... \$ _____
- d. Life Insurance: Present Cash Value [Seguro de vida: Valor en efectivo actual]..... \$ _____
- e. Savings & Checking Accounts [Cuentas de cheques y ahorros], Money Market Accounts [Cuenta en Mercado monetario], & CD's [Certificados de depósito] 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). [ya sean individuales, conjuntas, a nombre de otra persona pero Ud. es el beneficiario, o a su nombre pero con su(s) hijo(o)(a)(s) como beneficiari (o)(a)(s)]
 Financial Institution Name & Account Number [Empresa financiera y N° de cuenta] _____ \$ _____

f. Motor Vehicles [vehículos de motor]

Fair Market Value [Valor real] _____ Auto Loan(s)Préstamo(s)\$ _____ =Equity[Capital Propio] \$ _____
 Fair Market Value [Valor real] _____ Auto Loan(s)Préstamo(s)\$ _____ =Equity[Capital Propio] \$ _____

g. Other (e.g. stocks, bonds, collections, etc. [Otro: ej. acciones, bonos, colecciones.]

..... \$ _____
 \$ _____

h. Total Assets (a through g) [Total de bienes/ suma de la línea "a" hasta la "g"]..... \$ _____ (H)

11. Liabilities (do not list weekly expenses but do list all liabilities) [Obligaciones; inclúyalas todas, pero no los gastos semanales]

Creditor/Acreedor	Nature of debt/Tipo de deuda	Date of Origin/Fecha del préstamo	Amount Due/Balance adeudado	Weekly Payment/Pago Semanal
a.				
b.				
c.				
d.				

e. Total Amount Due & Total Weekly Payment [Total balance adeudado y Total pago semanal] \$ _____ \$ _____

12. Number of years you have paid into Social Security [Años que ha contribuido a su Seguro Social] _____ years/años

I certify under the penalties of perjury that my income and expenses, assets, and liabilities, as stated herein are true to the best of my knowledge and belief. I have carefully read this financial statement and I certify the information is true and complete.
 [Certifico, bajo juramento o afirmación y sujeto a las penalidades dispuestas para el delito de perjurio, que, a mi mayor saber y entender, los datos ofrecidos aquí en cuanto a mis ingresos, gastos, bienes y obligaciones son ciertos. He leído cuidadosamente esta declaración financiera y certifico que la información es cierta y que está completa].

Date/Fecha _____

Signature/Firma _____

STATEMENT BY ATTORNEY/DECLARACION DEL ABOGADO

I, the undersigned attorney am admitted to practice in the Commonwealth of Massachusetts -- am admitted pro hac vice for the purposes of this case -- and am an officer of the court. As an 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 que subscribe, estoy autorizado a ejercer abogacía en el estado de Massachusetts, he sido autorizado para este único acto y soy funcionario del tribunal. Como abogado de la parte a cuyo nombre se somete este Informe, por la presente declaro que no tengo conocimiento alguno de que la información aquí contenida sea falsa.]

Name of Attorney/Nombre del Abogado _____ Date[fecha] _____

Address/Dirección _____ Telephone[teléfono] _____

BBO# _____