

¿NECESITA AYUDA?

Llame para solicitar ayuda:



Statewide Legal Services

1-800-453-3320

860-344-0380

Si necesita ayuda, entre a nuestro sitio:



www.ayudalegalct.org

FAMILIA

SERVICIOS LEGALES

SERIE DE AUTOAYUDA

Su guía a Declaraciones financieras juradas

agosto de 2017



Ofrecemos asistencia legal gratuita en muchas áreas, entre ellas

- bienestar social,
- SNAP (cupones de alimentos),
- divorcio,
- manutención de menores,
- violencia doméstica,
- quiebra,
- educación especial,
- atención en hogares de ancianos,
- seguro médico,
- desahucio,
- ejecución hipotecaria,
- y más.

Consulte el reverso para obtener más información sobre servicios legales.

¿NECESITA AYUDA?

Llame para solicitar ayuda:



Statewide Legal Services

1-800-453-3320

860-344-0380

Si necesita ayuda, entre a nuestro sitio:



www.ayudalegalct.org

Llame para solicitar ayuda:



Statewide Legal Services

1-800-453-3320 o 860-344-0380

Si necesita ayuda, entre a nuestro sitio:



www.ayudalegalct.org

Connecticut Legal Services

www.ctlegal.org

Bridgeport

1000 Lafayette Blvd 203-336-3851
Suite 950

New Britain

16 Main Street 860-225-8678

New London

125 Eugene O'Neill Dr.
Suite 120 860-447-0323

Stamford

20 Summer Street 203-348-9216

Waterbury

85 Central Avenue 203-756-8074

Willimantic

1125 Main Street 860-456-1761

Greater Hartford Legal Aid

www.ghla.org

999 Asylum Avenue
Hartford, CT 06105
860-541-5000

New Haven Legal Assistance Association

www.nhlegal.org

205 Orange Street
New Haven, CT 06510
203-946-4811

Consumer Law Project for Elders

Asistencia legal gratuita a personas mayores de 60 años en todo Connecticut que tienen problemas comunes a los consumidores.

1-800-296-1467

Afidávit Financiero

¿Cómo le proporciono mi información financiera a la corte?	3
Cómo llenar el formulario.....	4
Ingresos semanales	6
Gastos semanales	8
Obligaciones (Deudas)	9
Seguro de salud	9
Certificación.....	10
Ejemplo de formulario (cuatro páginas)	11-14

Esta guía fue preparada por Connecticut Legal Services, Greater Hartford Legal Aid, New Haven Legal Assistance Association y Statewide Legal Services.

La información incluida en esta guía se basa en las leyes de Connecticut vigentes al 8/2017. Esperamos que esta información le resulte útil. No tiene como finalidad servir de asesoramiento legal para una situación particular. Si necesita más ayuda, comuníquese con Statewide Legal Services o consulte con un abogado.

© agosto de 2017

H. Other Assets

Name of Asset	Current Balance/ Value	Name of Asset	Current Balance/ Value
FURNITURE + HOUSEWARES	\$ 400.00		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
		Total Net Value of Other Assets:	\$ 400.00

I. Total Net Value All Assets (add items A through H)..... **\$ 400.00**

V. Child(ren)'s Assets

Include Uniform Gift to Minor Account, Uniform Trust to Minor Account, College Accounts/529 Account, Custodial Account, etc.

Institution	Account Number (last 4 numbers only)	Listed Beneficiary	Person Who Controls the Account (Fiduciary)	Current Balance/ Value
				\$
				\$
				Total Net Value of Child(ren)'s Assets: \$

VI. Health (Medical and/or Dental Insurance)

Company	Name of Insured Person(s) Covered by the Policy

Do you or any member of your family have HUSKY Health Insurance Coverage? Yes No I Don't Know
If Yes, whom?

Important:
If you have other financial information that has not yet been disclosed, you have an affirmative duty to disclose that information. List additional information below:

Summary (Use the amounts shown in Sections I. through IV.)

Total Net Weekly Income (See Section I. 3)..... **\$ 317.00**
Total Weekly Expenses and Liabilities (Total From Section II. + III.(B))..... **\$ 271.50**
Total Cash Value of Assets (See Section IV. I.)..... **\$ 400.00**
Total Liabilities (Total Balance Due on Debts) (See Section III. (A))..... **\$ 1050.00**

Certification

I certify under the penalties of perjury that the information stated on this Financial Statement and the attached Schedules, if any, is complete, true, and accurate. I understand that willful misrepresentation of any of the information provided will subject me to sanctions and may result in criminal charges being filed against me.

I, _____ the Plaintiff Defendant herein, residing at _____, telephone number _____, being duly sworn, depose and say that the following is an accurate statement of my income from all sources, my liabilities, my assets and my net worth, from whatever sources, and whatever kind and nature, and wherever situated.

Signed (Affiant)	Date signed
Signed (Notary, Commissioner of Superior Court, Assistant Clerk, Other Proper Officer under Section 1-24 of the Connecticut General Statutes)	Date signed
Print name and title of person signing at left	Date signed

Su información financiera

En casos de divorcio, custodia y separación legal, los cónyuges (o padres) tienen que proporcionar su información financiera a la corte. La corte necesita su información financiera para dictar órdenes de manutención de los hijos, pensión alimenticia, u honorarios legales.

¿Cómo le proporciono mi información financiera a la corte?

Tiene que llenar un formulario de la corte llamado *Declaración financiera jurada*. Puede obtener este formulario del secretario de la corte o descargarlo del sitio web de las cortes de Connecticut. Si tiene muy bajos ingresos, tiene que llenar la versión **corta** de la Declaración financiera jurada, (*Financial Affidavit*, #JD-FM-6-SHORT). La puede descargar en www.jud.ct.gov/webforms/forms/fm006-short.pdf. También hay una versión larga para aquellas personas que cuentan con más ingresos y activos. Pero este folleto solo habla del formulario corto.

Paso 1: Le recomendamos descargar el formulario del sitio web de la División Judicial para poder entrar sus datos desde su propia computadora. El formulario descargable es un PDF interactivo que hará todos los cálculos automáticamente. A medida que pone sus datos en el formulario asegúrese de guardar (SAVE) su trabajo periódicamente.

Si tiene que llenar el formulario a mano, le conviene tener unas dos o más copias en blanco del formulario. Puede usar una copia como borrador.

Si necesita ayuda para llenar este formulario, hablar con los Centros de Servicios del Tribunal.

Paso 2:

Necesitará su información financiera, como por ejemplo



- recibos de sueldo,
- cuentas recientes que pagó,
- cuentas recientes que todavía no pagó,
- chequera, y
- resúmenes de cuentas bancarias.

Paso 3:

Responda a cada una de las preguntas y llene ambos lados del formulario. Si una pregunta no corresponde a su caso, escriba "none" (ninguno) o "0." Llene el formulario por completo, pero **no lo firme todavía**. Vea las instrucciones a continuación sobre cómo llenar el formulario.

Paso 4:

Después de llenar el formulario, lleve su formulario llenado a un notario, abogado o al secretario de la corte. Esa persona le pedirá que jure que la información que dio es correcta. Después usted lo firmará, y esa persona firmará como testigo.

Paso 5:

Haga 3 copias del formulario llenado y firmado.

- Envíe 1 copia a su cónyuge o al abogado de su cónyuge.
- Guarde 1 copia como comprobante.
- Lleve 1 copia consigo a la audiencia.

¿Cuándo le tengo que dar a la corte mi información financiera?

En general la corte necesita su información financiera al final del caso. Pero en algunas ocasiones, la corte puede necesitarla antes para dictar órdenes temporales.

	<input type="checkbox"/>	Sole	<input type="checkbox"/>	Joint	\$		\$
	<input type="checkbox"/>	Sole	<input type="checkbox"/>	Joint	\$		\$
	<input type="checkbox"/>	Sole	<input type="checkbox"/>	Joint	\$		\$
(A). Total Liabilities (Total Balance Due on Debts)					\$	4,050.00	
(B). Total Weekly Liabilities Expense							\$ 20.00

IV. Assets

Note: Under "Ownership" indicate S for sole, JTS for joint with spouse, and JTO for joint with other. You must complete the last column to the right "Value of Your Interest" in each applicable section.

A. Real Estate (including time share)

Address	Ownership			a. Fair Market Value (Estimate)	b. Mortgage Current Principal Balance	c. Equity Line of Credit and Other Liens	d. Equity (d = a minus b + c)	e. Value of Your Interest
	S	JTS	JTO					
Home	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$	\$	\$	\$
Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$	\$	\$	\$
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$	\$	\$	\$
Total Net Value of Real Estate:								\$

B. Motor Vehicles

Year	Make	Model	Ownership			a. Value	b. Loan Balance	c. Equity (c = a minus b)	d. Value of Your Interest
			S	JTS	JTO				
1:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$	\$	\$
2:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$	\$	\$
Total Net Value of Motor Vehicles:								\$	

C. Bank Accounts

Do not include custodial accounts or child(ren)'s assets — complete Section V. below.

Institution	Account Number (last 4 numbers only)	Ownership			Current Balance/ Value	Value of Your Interest
		S	JTS	JTO		
Checking		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$
Savings		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$
Other		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$
Total Net Value of Bank Accounts:						\$

D. Stocks, Bonds, Mutual Funds

Company	Account Number (last 4 numbers only)	Listed Beneficiary	Current Balance/ Value
			\$
Total Net Value of Stocks, Bonds, Mutual Funds:			\$

E. Insurance (exclude children) D = Disability L = Life

Name of insured	D	L	Company	Account Number (last 4 numbers only)	Listed Beneficiary	Current Balance/ Value
						\$
Total Net Value of Insurance:						\$

F. Retirement Plans (Pensions on Interest, Individual IRA, 401K, Keogh, etc.)

Type of Plan	Name of Plan/Bank/Company	Account Number (last 4 numbers only)	Listed Beneficiary	Receiving Payments		Current Balance/ Value
				Yes	No	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Total Net Value of Retirement Plans:						\$

G. Business Interest/Self-Employment

If you own an interest in a business, or are self-employed, complete this section.

Name of Business	Percent Owned	Value
Total Net Value of Business Interest/Self-Employment:		\$

2) Mandatory Deductions (If consistent deductions don't occur every pay check provide average amounts.)

	Job 1	Job 2	Job 3	Totals
(1) Federal income tax deductions (claiming exemptions)	\$ 23.00	\$	\$	\$ 23.00
(2) Social Security or Mandatory Retirement	\$	\$	\$	\$
(3) State income tax deductions (claiming exemptions)	\$ 14.00	\$	\$	\$ 14.00
(4) Medicare	\$	\$	\$	\$
(5) Health insurance	\$ 10.00	\$	\$	\$ 10.00
(6) Union dues	\$ 6.00	\$	\$	\$ 6.00
(7) Prior court order — child support or alimony	\$	\$	\$	\$
(8) Total Mandatory Deductions (add items 1 through 7)	\$ 53.00	\$	\$	\$ 53.00

3) Net Weekly Income \$317.00
 Subtract the Total Mandatory Deductions [see item 1., 2), (8)] from the Total Gross Weekly Income/Monies and Benefits From All Sources [see item 1., 1), q.]

II. Weekly Expenses Not Deducted From Pay

If expenses are not paid weekly, adjust the rate of payment to weekly as follows:

Bi-weekly → divide by 2	Semi-monthly → multiply by 2, multiply by 12, divide by 52
Monthly → multiply by 12, divide by 52	Annually → divide by 52

Insert an ("x") in the box if you are not currently paying the expense, or if someone else is paying the expense.

Home:
 Rent or Mortgage (Principal, Interest — Real Estate Taxes and Insurance if escrowed) \$ 125.00 Property taxes and assessments \$

Utilities:
 Oil \$ 0 Telephone/Cell/Internet..... \$
 Electricity \$ 12.50 Trash Collection \$
 Gas \$ 11.00 T.V./Internet..... \$
 Water and Sewer..... \$

Groceries (after food stamps): Including household supplies, formula, diapers \$ 35.00
 Transportation:
 Gas/Oil \$ Auto Loan or Lease \$
 Repairs/Maintenance \$ Public Transportation..... \$ 11.00
 Automobile Insurance/Tax/Registration... \$

Insurance Premiums:
 Medical/Dental (Out-of-pocket expense after Health Savings Account/Plan)..... \$ Life..... \$
 Uninsured Medical/Dental not paid by insurance \$
 Clothing \$

Child(ren):
 Child Support of this case \$ Child Care Expense (after deductions, credits and subsidies)..... \$ 50.00
 Child Support of other children other than this case (attach a copy of the order) ... \$ Child(ren)'s activities (e.g., lessons, sports, etc.) \$
 Alimony: Payable to this spouse \$ Alimony: Payable to another spouse \$
 Extraordinary travel expenses for visitation with child(ren) \$
 Other (Specify): \$

Total Weekly Expenses Not Deducted From Pay \$ 251.50

III. Liabilities (Debts)

Do not include expenses listed above. Do not include mortgage current principal balance or loan balances that are listed under "Assets."

Creditor Name /Type of Debt	Balance Due	Date Debt Incurred/ Revolving	Weekly Payment
Credit Card, Consumer, Tax, Health Care, Other Debt			
GAS Utilit. Co.	\$ 200.00	11/30/2013	\$ 10.00
Medical (Child)	\$ 850.00	1,000	\$ 10.00

Cómo llenar su Declaración financiera jurada

Obtenga la Declaración financiera jurada en línea en www.jud.ct.gov/webforms/forms/fm006-short.pdf y descárguela a su computadora, asegurándose de guardar sus datos periódicamente. La Declaración se puede llenar a mano, pero se la llena usando una computadora, todos los cálculos se hacen automáticamente.

Llene el encabezamiento del formulario. Tiene que proporcionar

- el número de caso,
- el distrito judicial,
- la dirección de la corte,
- el nombre de su caso, y
- su nombre (debajo del nombre del declarante (Name of affiant)).

Encuentre esta información en los demás documentos del caso y cópiela aquí. Después marque también una de las siguientes casillas: **Plaintiff (demandante)** o **Defendant (demandado)**.

For the Judicial District of		At (Address of Court)	Docket number - FA - - S
Name of case			
Name of affiant (Person submitting this form)			
		<input type="checkbox"/> Plaintiff	<input type="checkbox"/> Defendant

Si usted es el que inició el caso, será el *demandante*. Si su cónyuge o el otro padre inició el caso, usted será el *demandado*. Si este es parte de otro caso, la persona que inició el otro caso es el demandante.

Para ver un ejemplo de Declaración financiera jurada llena, visite pagina 11.

I. Ingresos (Income)

1) Ingresos Semanales/Dinero y prestaciones de todas fuentes (Gross weekly income)

Su Declaración financiera jurada le pide sus ingresos y gastos semanales. Si no recibe sus ingresos o paga sus gastos por semana, tendrá que calcular su promedio semanal.

Si le pagan...	A continuación, le indicamos cómo calcular su ingreso bruto semanal promedio:
Cada quincena Cada dos semanas - 26 cheques de pago al año.	<ul style="list-style-type: none"> Divida sus ingresos brutos en su cheque de paga por 2. Este es su salario promedio semanal.
Semimensual Dos veces al mes (por ej., si le pagan cada mes los días 15 y 30) - 24 cheques de pago al año.	<ul style="list-style-type: none"> Multiplique su salario bruto de un cheque de pago por 2. Este es su pago mensual. Multiplique este numero por 12 meses. Divida el total por 52 semanas. Este es su salario promedio semanal.
Mensual Un cheque de pago por mes.	<ul style="list-style-type: none"> Multiplique sus ingresos brutos en su cheque de paga por 12 meses. Divida el total por 52 semanas. Este es su salario promedio semanal.
Anual Usted hace un salario anual.	<ul style="list-style-type: none"> Divida el monto bruto que le paga en un año por 52. Este es su salario promedio semanal.

Su promedio debe estar basado en al menos 13 semanas. Si las cantidades que pone están basadas en menos de 13 semanas, usted debe explicar porqué. Use el espacio provisto.

FINANCIAL AFFIDAVIT
JD-FM-6-SHORT New 1-14
P.B. §§ 25-80, 25a-15

STATE OF CONNECTICUT
SUPERIOR COURT
www.jud.ct.gov

Court Use Only
FINAFFS

ADA NOTICE
The Judicial Branch of the State of Connecticut complies with the Americans with Disabilities Act (ADA). If you need a reasonable accommodation in accordance with the ADA, contact a court clerk or an ADA contact person listed at www.jud.ct.gov/ADA.

Instructions
Use this short version if your gross annual income is less than \$75,000 (see Section I, Income) and your total net assets are less than \$75,000 (see Section IV, Assets). Otherwise, use the long version, form JD-FM-6-LONG.

For the Judicial District of Fairfield At (Address of Court) 1861 Main St., Bridgeport

Name of case O'Hara vs. Butler
Name of affiant, (Person submitting this form) Melanie O'Hara

Docket number - FA - - S
 Plaintiff Defendant

Certification
I understand that the information stated on this Financial Statement and the attached Schedules, if any, is complete, true, and accurate. I understand that willful misrepresentation of any of the information provided will subject me to sanctions and may result in criminal charges being filed against me.

I. Income
1) Gross Weekly Income/Monies and Benefits From All Sources
Computed based on year-to-date, but no less than the last 13 weeks. If computation is based on less than 13 weeks or if your computations are not reflective of current wages, explain:

Paid: Weekly Bi-weekly Monthly Semi-monthly Annually
If income is not paid weekly, adjust the rate of pay to weekly as follows:

Bi-weekly → divide by 2	Semi-monthly → multiply by 2, multiply by 12, divide by 52
Monthly → multiply by 12, divide by 52	Annually → divide by 52

(a) Employer(s) Address(es) Base Pay:
Job 1 XVZ Co 705 Bigby Rd, Bridgeport CT Salary Wages \$ 350.00
Job 2 Salary Wages \$ _____
Job 3 Salary Wages \$ _____

Total of base pay from salary and wages of all jobs \$ 350.00

(b) Overtime \$ _____ (j) Child Support (Actually received) \$ _____
(c) Self-employment \$ _____ (k) Alimony (Actually received) \$ _____
(d) Tips \$ _____ (l) Rental and income producing property \$ _____
(e) Social Security \$ _____ (m) Contributions from household member(s) \$ _____
(f) Disability \$ _____ (n) Cash income \$ _____
(g) Unemployment \$ _____ (o) Veterans Benefits \$ _____
(h) Worker's compensation \$ _____ (p) Other: \$ _____
(i) Public Assistance (Welfare, TFA payments) \$ 20.00

(q) **Total Gross Weekly Income/Monies and Benefits From All Sources (Add items a through p)** \$ 370.00
Hours worked per week 35
Gross yearly income from prior tax year. Provide amount of income, not copies of forms \$ 19,110.00
List here and explain any other income including but not limited to: non-reported income; and support provided by relatives, friends, and others:

I. Valor total en efectivo de todos los activos (*Total net value of all assets*)

Sume todos los montos de A-H y escriba ese número en la casilla sombreada:

V. Activos de menores (*Children's Assets*)

Indique aquí las cuentas fiduciarias que tengan sus hijos.

VI: Seguro de Salud (*Health*)

Escriba el nombre y dirección de su compañía de seguro de salud y seguro dental, y los nombres de las personas cubiertas por sus pólizas.

Resumen (*Summary*)

Escriba los totales de las casillas sombreadas (I-IV) en esta sección.

CERTIFICACIÓN (*Certification*)

¡No firme todavía! Tiene que firmar la solicitud delante de un secretario de la corte, notario público o abogado. Cuando firme este formulario, estará jurando que la información que proporcionó es correcta.

Haga 3 copias del formulario llenado y firmado.

Recuerde

- enviar 1 copia a su cónyuge o al abogado de su cónyuge,
- guardar 1 copia como comprobante, y
- llevar 1 copia consigo a la audiencia de la corte.

¿Qué hago si no gano mucho y necesito ayuda para pagar mis honorarios de la corte?

Tendrá que llenar un formulario llamado *Solicitud de exención de cuotas (Application for Waiver of Fees)*. Si necesita ayuda para llenar ese formulario, vea el folleto de ayuda legal, *Guía de exenciones de cuotas*.

Sección (a) (Trabajos 1, 2, y 3): Ponga su **ingreso bruto semanal promedio**, que es el monto que paga antes de que le quiten impuestos y otras deducciones de su pago.

Para calcular el promedio, sume sus ingresos brutos de las últimas 13 semanas y después divida por 13. Si no está trabajando, escriba "none" (ninguno) o "0."

- ▶ Líneas (b) a (p): Si recibe dinero de otras fuentes (como por ejemplo, Seguro Social, pago por discapacidad o compensación por desempleo), indique cuánto recibe en los espacios provistos.
- ▶ Línea (q): Ponga su **Ingreso semanal total bruto / Dinero y prestaciones de todas fuentes**.

Si está llenando el formulario a mano, sume las líneas (b) a (p) y ponga el total aquí. En el segundo campo, ponga sus ingresos totales de todas las fuentes del año anterior.

2) Deducciones obligatorias (*Mandatory deductions*)

Aquí tiene que poner el promedio semanal de cada deducción tomada de su cheque de pago, incluyendo

- Impuestos federales,
- Seguro Social,
- Impuesto estatal sobre los ingresos,
- Medicare,
- seguro de salud,
- cuotas sindicales, y
- manutención de hijos y pensión alimenticia.

3) Ingreso Neto por Semana (*Net weekly income*)

Para calcular esto, tiene que restar las **deducciones totales obligatorias** de la Parte (2) de su **Ingresos Brutos Totales por Semana** de la Parte (1).

II. Gastos Semanales No Deducidos del Pago (Weekly expenses)

En esta sección tiene que proporcionar cada uno de sus gastos por semana.

Si sus facturas son mensuales, multiplique el monto mensual por 12 y divida el total por 52.

Si sus facturas son anuales, divida el monto anual por 52.

Consejo: En **Otros**, indique sus gastos tales como de lavandería, cortes de cabello, cigarros, limosna para la iglesia, gastos escolares de los niños, almuerzos escolares, juguetes, actividades de entretenimiento, alquiler de películas, artículos de tocador (como champú, solución de lentes de contacto, maquillaje) periódicos, estampillas, cuotas sindicales, etc.

Suma todos sus gastos en esta sección y ponga el total en **Gastos Totales Semanales No Deducidos del Pago**.

Importante: Si tiene más *ingresos* que *gastos*, eso quiere decir que tiene dinero “sobrante” después de haber pagado todas sus facturas. Si este no es el caso, piense qué otros gastos puede tener que se olvidó de anotar. Al listar todos sus gastos, la corte sabrá cuál es el monto de manutención necesario.

III. Obligaciones (Deudas) (Liabilities)

Las obligaciones son sus deudas. Tiene que indicar el monto que paga **por semana** para cada deuda. Indique cada persona o empresa a la que debe dinero. También incluya facturas impagas, como de servicios públicos, facturas de impuestos, tarjetas de crédito, cuentas médicas, tarjetas de tiendas y préstamos personales y estudiantiles. No incluya ningún gasto que ya indicó en la **Sección II. Gastos semanales no deducidos del pago**.

Acreedor es la persona o empresa a la que le debe dinero.

- Marque la casilla Sole si la factura solo está a su nombre.
- Marque la casilla Joint si el nombre de otra persona también está en la factura (por ej, su esposo/a).

Saldo adeudado (*Balance due*) es el monto que todavía debe.

Fecha en que se incurrió (*Date debt incurred*) la deuda es la fecha en que tomó la deuda. Si no la sabe, indique el mes y/o el año. Si es una tarjeta de crédito, no hace falta que proporcione una fecha.

Pago semanal (*Weekly payment*) es el monto que paga por semana. Si no ha hecho pagos, escriba "0" en esta línea. Si ya incluyó sus pagos del préstamo del carro en Gastos semanales, no los incluya aquí.

Consejo: Si sus gastos son *mensuales*, multiplique el monto mensual por 12 y divida el total por 52. Si sus gastos son *anuales*, divida el monto anual por 52.

Linea (A): Obligaciones Totales (Saldo total de sus deudas) (Total liabilities)

Sume todos los montos de la columna Saldo Adeudado aquí.

Linea (B): Gastos Semanales Totales por Obligaciones (Total weekly liabilities expense)

Sume todos los montos de la columna Pago Semanal aquí.

IV. Activos (Assets)

En esta sección, liste todos los bienes de valor que posee. Si no sabe exactamente su valor, haga una estimación. Activos incluyen

- propiedades inmuebles;
- vehículos;
- cuentas bancarias;
- acciones, bonos, y fondos mutuos;
- seguro de vida;
- planes de compensación diferida;
- ingresos por negocios o auto empleo, y
- otros bienes personales.