A SELLAR

ESTADO DE RHODE ISLAND

TRIBUNAL SUPERIOR

DECLARACIÓN FINANCIERA

Estado de Rhode Island **v.** **Acusado**	**Número de caso** **Ubicación del Tribunal**

Nombre:	**Edad:**	**Estado civil:** ☐C ☐S ☐D ☐V
Dirección:	**Número de dependientes y edades:**	
Ciudad y Estado:		
Teléfono:		
Número de Seguridad Social:		

Trabajo: ☐ S ☐ N ☐ Tiempo Completo ☐ Parcial	**Desde hace cuánto tiempo:**
Empleador(es):	
Dirección:	**Ciudad y Estado:**

Indique si califica para recibir o recibe cualquiera de los siguientes beneficios o servicios: ☐ Asistencia temporal para familias necesitadas ☐ Seguridad Social incluyendo ingresos de seguridad suplementaria y pagos suplementarios a través del programa estatal ☐ Asistencia pública ☐ Seguro por discapacidad ☐ Cupones de alimentos ☐ Representado por un abogado de oficio o abogado designado por el tribunal

Indique si está hacienda pagos de $100 o más (ya sea individualmente o en colectivo) en cualquiera de los siguientes casos: ☐ Por daños ocasionados ☐ Pagos de manutención ☐ Pagos por cualquier consejería que se haya impuesto como condición de la condena incluyendo, pero no limitado a, abuso de sustancias, salud mental y violencia doméstica.

SI HA MARCADO CUALQUIERA DE LAS CASILLAS EN LAS DOS FILAS ANTERIORES, HA TERMINADO DE RELLENAR EL FORMULARIO A MENOS QUE DEBA PAGOS POR DAÑOS OCASIONADOS. SI DEBE PAGOS POR DAÑOS OCASIONADOS, DEBE CUMPLIMENTAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN FINANCIERA. SI NO, PASE POR ALTO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN FINANCIERA Y A CONTINUACIÓN FIRME Y PONGA LA FECHA.

Ingresos mensuales		**Gastos mensuales**	
Ingresos brutos mensuales (propios)	$		$
Ingresos brutos mensuales (cónyuge)	$	Hipoteca o alquiler	$
Beneficios por desempleo	$	Facturas de servicios públicos	$
Seguridad social	$	Pagos de vehículos	$
Beneficios por jubilación/retiro	$	Seguro (vehículo/salud/vida)	$
Manutención	$	Pagos por otros préstamos	$
Pensión alimenticia	$	Manutención/pensión alimenticia	$
Discapacidad	$	Pagos médicos	$
Beneficios por veterano(a)	$	Comida	$
Intereses/Dividendos	$	Otro:	$
Otro:	$	Otro:	$
Ingresos totales	**$**	**Gastos totales:**	**$**
Saldo de cuenta corriente:	**Bienes inmuebles:**		
Saldo de cuenta de ahorros:	**Otro (Cuenta individual de jubilación, certificados de depósito, fideicomisos, acciones, bonos):**		

Por medio de la presente certifico bajo pena de perjurio que, a mi mejor entender, la información proporcionada es veraz, completa y precisa.

_____ **Firma del acusado(a)/padre o madre/guardián(a)**	**Fecha**