

Phone:

Fax:

vs.

Plaintiff

Defendant

) Docket Number:

) PACSES Case Number:

) Other State ID Number:

Please note: All correspondence must include the PACSES Case Number.

Income Statement

THIS FORM MUST BE FILLED OUT AND YOU MUST PROVIDE DOCUMENTS TO SUPPORT ALL AMOUNTS PROVIDED IN THIS INCOME STATEMENT

(If you are self-employed or if you are salaried by a business of which you are owner in whole or in part, you must also fill out the Supplemental Income Statement which appears below.)

INCOME STATEMENT OF

(Name)

(PACSES Number)

I verify that the statements made in this Income Statement are true and correct. I understand that false statements herein are made subject to the penalties of 18 Pa. C.S.A. § 4904 relating to unsworn falsification to authorities.

Date: _____

Plaintiff or Defendant

INCOME

Employer: _____

Address: _____

Type of Work: _____

Payroll Number: _____

Pay Period (weekly, biweekly, etc): _____

Gross Pay per Pay Period \$ _____

Itemized Payroll Deductions: _____

Federal Withholding \$ _____

FICA _____

Local Wage Tax _____

State Income Tax _____

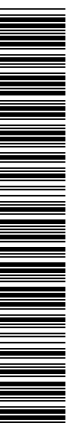
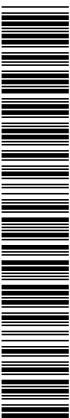
Mandatory Retirement _____

Union Dues _____

Health Insurance _____

Other (specify) _____

Net Pay per Pay Period: \$ _____



Income Statement (Continued)

PACSES Case Number:

Other Income:

	Week	Month	Year
	(Fill in Appropriate Column)		
Interest	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Dividends	_____	_____	_____
Pension Distributions	_____	_____	_____
Annuity	_____	_____	_____
Social Security	_____	_____	_____
Rents	_____	_____	_____
Royalties	_____	_____	_____
Unemployment Comp.	_____	_____	_____
Workers Comp.	_____	_____	_____
Employer Fringe Benefits	_____	_____	_____
Other	_____	_____	_____
		\$ _____	\$ _____
TOTAL INCOME		\$ _____	

PROPERTY OWNED

Description	Value	Ownership*		
		H	W	J
Checking accounts	\$ _____	_____	_____	_____
Savings accounts	_____	_____	_____	_____
Credit Union	_____	_____	_____	_____
Stocks/bonds	_____	_____	_____	_____
Real Estate	_____	_____	_____	_____
Other	_____	_____	_____	_____
Total	\$ _____			

INSURANCE

Company	Policy No.	Coverage*		
		H	W	C
Hospital				
Blue Cross	_____	_____	_____	_____
Other	_____	_____	_____	_____
Medical				
Blue Shield	_____	_____	_____	_____
Other	_____	_____	_____	_____
Health/Accident	_____	_____	_____	_____
Disability Income	_____	_____	_____	_____
Dental	_____	_____	_____	_____
Other	_____	_____	_____	_____

*H=Husband; W=Wife; J=Joint; C=Child



SUPPLEMENTAL INCOME STATEMENT (You only need to complete the below portion if you are self-employed or if you are salaried by a business of which you are owner in whole or in part)

(a) This form is to be filled out by a person (check one):

- (1) who operates a business or practices a profession, or
- (2) who is a member of a partnership or joint venture, or
- (3) who is a shareholder in and is salaried by a closed corporation or similar entity.

(b) Attach to this statement a copy of the following documents relating to the partnership, joint venture, business, profession, corporation or similar entity:

- (1) the most recent Federal Income Tax Return, and
- (2) the most recent Profit and Loss Statement.

(c) Name of business: _____

Address and telephone number: _____

(d) Nature of business

(check one)

- (1) partnership
- (2) joint venture
- (3) profession
- (4) closed corporation
- (5) other

(e) Name of accountant, controller or other person in charge of financial records:

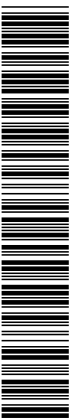
(f) Annual income from business: _____

(1) How often is income received? _____

(2) Gross income per pay period: _____

(3) Net income per pay period: _____

(4) Specific deductions, if any: _____



Phone:

Fax:

vs.

Plaintiff

Defendant

) Docket Number:

) PACSES Case Number:

) Other State ID Number:

Please note: All correspondence must include the PACSES Case Number.

Guidelines Expense Statement

EXPENSE STATEMENT OF

(Name)

(Pacses Number)

I verify that the statements made in this Expense Statement are true and correct. I understand that false statements herein are made subject to the penalties of 18 Pa. C.S.A. § 4904 relating to unsworn falsification to authorities.

Date: _____

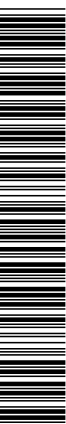
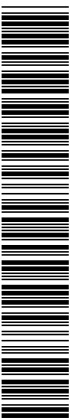
Plaintiff or Defendant

Instructions: Guidelines Expense Statement - This form should only be completed when:

- 1) You are requesting an adjustment to the amount of support pursuant to Rule 1910.16-5 because of unusual needs and unusual fixed obligations, other support obligations, medical expenses not covered by insurance, or any other relevant factors, or
- 2) You are requesting that the other party share in the following expenses pursuant to Rule 1910.16-6: child care expenses, health insurance premiums, unreimbursed medical expenses, private school tuition, summer camp, or other needs, or mortgage payment.

You must provide documents to support all amounts provided in this Expense Statement

	Weekly	Monthly	Yearly
	(Fill in Appropriate Column)		
Mortgage (including real estate taxes and homeowner's insurance) or Rent	\$	\$	\$
Health Insurance Premiums			
Unreimbursed Medical Expenses:			
Doctor			
Dentist			
Orthodontist			
Hospital			
Medicine			
Special Needs (glasses, braces, orthopedic devices, therapy)			



Guidelines Expense Statement (Continued)

PACSES Case Number:

	Weekly	Monthly	Yearly
Child Care			
Private School			
Parochial school			
Loans/Debts			
Support of Other Dependents:			
Other child support			
Alimony payments			
Other: (Specify)			
Total	\$	\$	\$



Teléfono:

Fax:

Demandante) Número de caso:
 contra)
 Demandado/a) Número de caso PACSES:
)
) Núm. de identificación
 del otro estado:

Por favor note: Toda la correspondencia debe incluir el Número de Caso de PACSES.

Declaración de Ingreso

DEBE LLENAR ESTE FORMULARIO Y PROVEER LOS DOCUMENTOS QUE RESPALDEN TODAS LAS CANTIDADES PROVISTAS EN ESTA DECLARACION DE INGRESO

(Si usted trabaja para sí mismo o su salario proviene de un negocio del cual usted es propietario ya sea total o parcialmente, también debe llenar la Declaración Suplementaria de Ingreso que se incluye.)

DECLARACION DE INGRESO DE

 (Nombre) (Número Pacses)

Verifico que las declaraciones hechas en esta Declacion de Ingreso son ciertas y correctas. Entiendo que de hacer declaraciones falsas aquí estaría sujeto a las penalidades establecidas en el código 18 Pa. C.S. A. § 4904 relativo declaraciones no juramentadas ante las autoridades.

Fecha: _____
 Demandante o Demandado/a

INGRESO

Empleador: _____

Dirección: _____

Tipo de Trabajo: _____

Número nómina: _____

Periodo de pago (Semanal, quincenal, etc); _____

Paga Bruta por Periodo Pago \$ _____

Deducciones Detalladas: _____

Retención Federal \$ _____

FICA _____

Impuesto Salarial Local _____

Impuestos Estatales _____

Jubilación Obligatoria _____

Débitos Sindicales _____

Seguro de Salud _____

Otros (especifique) _____

 Paga Neta por Periodo de Pago: \$ _____



Otros Ingresos:

	Semana	Mes	Año
	(Llene la columna apropiada)		
Intereses	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Dividendos	_____	_____	_____
Distribución Pensión	_____	_____	_____
A anualidad	_____	_____	_____
Seguro Social	_____	_____	_____
Rentas	_____	_____	_____
Regalías	_____	_____	_____
Compensación por Desempleo	_____	_____	_____
Indemnización por accidente laboral	_____	_____	_____
Incentivo laboral	_____	_____	_____
Otros	_____	_____	_____
		\$ _____	\$ _____
TOTAL INGRESOS		\$ _____	

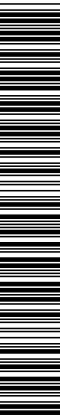
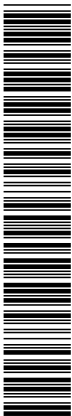
PROPIEDADES

	Descripción	Valor	Due-o de Propiedad*		
			H	W	J
Cuenta corriente	_____	\$ _____	_____	_____	_____
Cuenta de ahorros	_____	_____	_____	_____	_____
Unión de Crédito	_____	_____	_____	_____	_____
Acciones/Bonos	_____	_____	_____	_____	_____
Propiedad Inmueble	_____	_____	_____	_____	_____
Otro	_____	_____	_____	_____	_____
	Total	\$ _____	_____	_____	_____

SEGURO

	Compañía	Núm. Póliza	Cobertura*		
			H	W	C
Hospital					
Blue Cross	_____	_____	_____	_____	_____
Otros	_____	_____	_____	_____	_____
Médico					
Blue Shield	_____	_____	_____	_____	_____
Otro	_____	_____	_____	_____	_____
Salud/Accidente	_____	_____	_____	_____	_____
Ingreso por incapacidad	_____	_____	_____	_____	_____
Dental	_____	_____	_____	_____	_____
Otro	_____	_____	_____	_____	_____

*H=Esposo; W=Esposa; J=Conjunta; C=Hijo



DECLARACION SUPLEMENTARIA DE INGRESO (Tiene que llenar la siguiente parte si trabaja para sí mismo o su salario proviene de un negocio del cual usted es propietario ya sea total o parcialmente.)

(a) La persona que llena este formulario (marque uno):

- (1) es dueño de un negocio o practica una profesión, o
- (2) es socio de una sociedad o empresa conjunta, o
- (3) es un accionista y recibe un salario de una corporación cerrada o entidad similar.

(b) Adjunte a esta declaración una copia de los siguientes documentos relativos a la sociedad, empresa conjunta, empresa, negocio, profesión, corporación cerrada o entidad similar:

- (1) Declaración más reciente de Impuesto Federal sobre Ganancias, y
- (2) La Declaración de Ganancias y Pérdidas más reciente.

(c) Nombre del Negocio: _____

Dirección y número de teléfono: _____

(d) Tipo de negocio

(marque uno)

- (1) sociedad
- (2) empresa conjunta
- (3) profesional
- (4) corporación cerrada
- (5) otro

(e) Nombre del contador, controlador, u otra persona a cargo de los registros financieros:

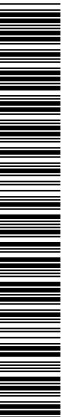
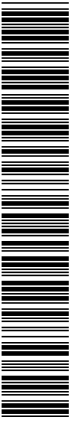
(f) Ingreso anual del negocio: _____

(1) ¿Con que frecuencia recibe ingresos? _____

(2) Ingreso bruto por periodo de pago: _____

(3) Ingreso neto por periodo de pago: _____

(4) Deducciones especificas, si alguna: _____



Teléfono:

Fax:

contra Demandante) Número de caso:
)
 Demandado/a) Número de caso PACSES:
)
) Núm. de identificación
 del otro estado:

Por favor note: Toda la correspondencia debe incluir el Número de Caso de PACSES.

Declaración de Gastos

DECLARACION DE GASTOS DE

(Nombre)

(Número de PACSES)

Certifico que las declaraciones hechas en esta Declaración de Gastos son ciertas y correctas. Entiendo que de hacer declaraciones falsas aquí estaría sujeto a las penalidades en el código 18 Pa. C.S.A. § 4904 relativo a declaraciones no juramentadas ante las autoridades.

Fecha: _____

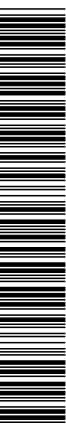
_____ Demandante o demandado/a

Instrucciones: Pautas para la Declaración de gastos - Este formulario debe llenarse sólo si :

- 1) Usted está solicitando un ajuste en el monto de manutención de acuerdo a la Ley 1910.16-5 debido a necesidades excepcionales y obligaciones establecidas de manera extraordinaria, otras obligaciones de manutención, gastos médicos no cubiertos por el seguro, o cualquier otro factor de consideración, o
- 2) Usted está solicitando que la otra parte comparta los siguientes gastos de acuerdo a la Ley 1910.16-6: gastos de cuidado de niños, primas de seguro de salud, reembolso de gastos médicos, pensión de colegio privado, campamentos de verano, u otras necesidades, o pago de hipoteca.

Deberá proporcionar documentos que sustenten todos los gastos señalados en la Declaración de Gastos

	Semana	Mes	Año
	(Llene la columna a la que aplica)		
Hipoteca (incluyendo impuestos por bienes raíces y seguro del propietario de la propiedad) o arrendamiento	\$	\$	\$
Seguro Médico			
Gastos médicos no reembolsados:			
Doctor			
Dentista			
Ortodoncista			
Hospital			
Medicinas			
Necesidades especiales (espejuelos, etc.)			



Pautas para la Declaración de Gastos (Continuación)

Número de caso PACSES:

	Semana	Mes	Año
Cuidado de niños			
Colegio privado			
Colegio parroquial			
Préstamos/Deudas			
Otros gastos de manutención:			
Otra pensión alimenticia			
Pagos de alimentación			
Otros: (Especifique)			
Total	\$	\$	\$

