

**This form contains Restricted Information.**

**Este formulario contiene información restringida.**



**CIRCUIT COURT FOR \_\_\_\_\_, MARYLAND**  
City/County

**TRIBUNAL DE CIRCUITO DE \_\_\_\_\_, MARYLAND**  
Ciudad/Condado

Located at \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_  
Court Address

Ubicado en \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección del tribunal

Case No. \_\_\_\_\_  
Núm. de caso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Plaintiff  
Demandante

vs.  
contra

\_\_\_\_\_  
Defendant  
Demandado

\_\_\_\_\_  
Street Address  
Dirección física

\_\_\_\_\_  
Street Address  
Dirección física

\_\_\_\_\_  
City, State, Zip  
Ciudad, estado, código postal

\_\_\_\_\_  
Telephone  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
City, State, Zip  
Ciudad, estado, código postal

\_\_\_\_\_  
Telephone  
Teléfono

**FINANCIAL STATEMENT**  
**DECLARACIÓN FINANCIERA**  
**(Child Support Guidelines)**  
**(Pautas de manutención de menores)**  
**(Md. Rule 9-203(b))**  
**(Código de Maryland, Regla 9-203(b))**

**You must file a Notice Regarding Restricted Information Pursuant to Rule 20-201.1 (form MDJ-008) with this submission.**

**Usted deberá incluir un Aviso sobre información restringida en virtud de la Regla 20-201.1 (formulario MDJ-008) cuando haga esta presentación.**

I, \_\_\_\_\_, state that:  
Name

Yo, \_\_\_\_\_, declaro lo siguiente:  
Nombre

I am the \_\_\_\_\_ of the minor child(ren),  
State relationship (for example, mother, father, aunt, grandfather, guardian, etc.)

Yo soy el/la \_\_\_\_\_ del/de la/las/los menor(es),  
Indique la relación (por ejemplo, madre, padre, tía, abuelo, tutor, etc.)

including children who have not attained the age of 19 years old, are not married or self-supporting, and are enrolled in secondary school:

incluidos menores que no hayan cumplido los 19 años de edad, que no estén casados/as o que no sean independientes y que estén asistiendo a la escuela secundaria:

|                         |   |                         |   |
|-------------------------|---|-------------------------|---|
| _____<br>Name<br>Nombre | _____<br>Date of Birth<br>Fecha de nacimiento | _____<br>Name<br>Nombre | _____<br>Date of Birth<br>Fecha de nacimiento |
| _____<br>Name<br>Nombre | _____<br>Date of Birth<br>Fecha de nacimiento | _____<br>Name<br>Nombre | _____<br>Date of Birth<br>Fecha de nacimiento |
| _____<br>Name<br>Nombre | _____<br>Date of Birth<br>Fecha de nacimiento | _____<br>Name<br>Nombre | _____<br>Date of Birth<br>Fecha de nacimiento |

The following is a list of my income and expenses (see below\*):

El siguiente listado incluye mis ingresos y gastos

(consulte a continuación\*):

**See definitions on page 2 before filling out.**

**Consulte las definiciones en la página 2 antes de incluir datos.**

Total monthly income (before taxes)

Ingresos mensuales totales (antes de impuestos) \$ \_\_\_\_\_

Child support I am paying for my other child(ren) each month

Manutención de menores que pago por el resto de mi(s) hijo(s) o hija(s) cada mes \$ \_\_\_\_\_

Alimony I am paying each month to \_\_\_\_\_

Name of Person(s)

Pensión alimenticia que pago cada mes a \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Nombre de la(s) persona(s)

Alimony I am receiving each month from \_\_\_\_\_

Name of Person(s)

Pensión alimenticia que recibo cada mes de \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Nombre de la(s) persona(s)

For the child or children listed above:

Para el/la/los/las menor(es) indicado/a(s) anteriormente:

The monthly health insurance premium

Prima mensual del seguro médico \$ \_\_\_\_\_

Work-related monthly child care expenses

Gastos mensuales por la atención a menores relacionada con el trabajo \$ \_\_\_\_\_

Extraordinary monthly medical expenses

Gastos médicos mensuales extraordinarios \$ \_\_\_\_\_

School and transportation expenses

Gastos de escuela y transporte \$ \_\_\_\_\_

\*To figure the monthly amount of expenses, weekly expenses should be multiplied by 4.3 and yearly expenses should be divided by 12. If you do not pay the same amount each month for any of the categories listed, figure what your average monthly expense is.

Para calcular la cantidad mensual de gastos, los gastos semanales se deben multiplicar por 4.3 y los gastos anuales se deben dividir por 12. Si no paga la misma cantidad todos los meses por alguna de las categorías indicadas anteriormente, deberá calcular cuál es su gasto mensual promedio.

I solemnly affirm under the penalties of perjury that the contents of this document are true to the best of my knowledge, information, and belief.

Declaro, bajo pena de perjurio, que el contenido de este documento es verdadero a mi leal conocimiento, información y creencia.

\_\_\_\_\_  
Date  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Signature  
Firma

**Total Monthly Income:** Include income from all sources including, self-employment, rent, royalties, business income, salaries, wages, commissions, bonuses, dividends, pensions, interest, trusts, annuities, social security benefits, workers compensation, unemployment benefits, disability benefits, alimony or maintenance received, tips, income from side jobs, severance pay, capital gains, gifts, prizes, lottery winnings, etc. Do not report benefits from means-tested public assistance programs such as food stamps or AFDC.

**Ingresos mensuales totales:** deberá incluir todas las fuentes de ingreso, como empleo por cuenta propia, alquileres, regalías, ingresos de negocios, salarios, sueldos, comisiones, bonificaciones, dividendos, pensiones, intereses, fideicomisos, anualidades, beneficios de la seguridad social, compensación de trabajadores, beneficios por desempleo, beneficios por discapacidad, pensión alimenticia de cónyuge o mantenimiento recibido, propinas, ingresos de trabajos secundarios, pagos por indemnizaciones por despido, ganancias de capital, regalos, premios, premios de lotería, etc. No deberá indicar los beneficios de programas de asistencia pública como cupones para alimentos o la asistencia temporal para familias necesitadas.

**Extraordinary Medical Expenses:** Uninsured expenses in excess of \$250 in a calendar year for medical treatment, including orthodontia, dental treatment, vision care, asthma treatment, physical therapy, treatment for any chronic health problems, and professional counseling or psychiatric therapy for diagnosed mental disorders.

**Gastos médicos extraordinarios:** gastos por tratamientos médicos que no estén cubiertos por el seguro y que superen los \$250 en un año natural, como ortodoncias, tratamientos dentales, oculista, tratamientos del asma, fisioterapia, tratamientos de cualquier problema médico crónico y asesoramiento psicológico profesional o terapias psiquiátricas para trastornos mentales diagnosticados.

**Child Care Expenses:** Actual child care expenses incurred on behalf of a child due to employment or job search of either parent with amount to be determined by actual experience or the level required to provide quality care from a licensed source.

**Gastos por la atención a menores:** los gastos por la atención de menores incurridos por un(a) menor a causa del empleo o búsqueda de trabajo de los/as padres/madres cuya cantidad se determinará en función de la experiencia real o el nivel requerido para prestar servicios de atención a menores de calidad a cargo de una persona o entidad con licencia.

**School and Transportation Expenses:** Any expenses for attending a special or private elementary or secondary school to meet the particular needs of the child and expenses for transportation of the child between the homes of the parents.

**Gastos de escuela y transporte:** cada gastos por asistir a una escuela primaria o secundaria especial o privada para atender a las necesidades particulares del/de la menor y los gastos de transporte del/de la menor entre las casas de los/as padres/madres.