



▶ SPANISH

La Clinica Legal de Vivienda de Chelsea (CHELSEA HOUSING LEGAL CLINIC)
DECLARACIÓN FINANCIERA (FINANCIAL STATEMENT)
(Formulario corto) (Short Form)

INSTRUCCIONES:

Si sus ingresos equivalen a o exceden \$75,000 anuales, debe completar el FORMULARIO LARGO con su declaración financiera.

(INSTRUCTIONS: if your income equals or exceeds \$75,000.00 annually, you must complete the LONG FORM financial statement.

1. DATOS PERSONALES (PERSONAL INFORMATION)

Form fields for personal information including name, address, phone, birth date, occupation, and insurance status.

2. INGRESOS BRUTOS SEMANALES/GANANCIAS DE CUALQUIER ORIGEN (GROSS WEEKLY INCOME/RECEIPTS FROM ALL SOURCES)

Form fields for reporting various income sources (a-q) with checkboxes and dollar amounts.

r) Total de sus ingresos/ganancias semanales brutas (Total Gross Weekly Income/Receipts) (sume las líneas a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q) (add items a-q)

**La Clinica Legal de Vivienda de Chelsea (CHELSEA HOUSING LEGAL CLINIC)
DECLARACIÓN FINANCIERA (FINANCIAL STATEMENT)
(Formulario corto) (Short Form)**

3. DEDUCCIONES DE SUS INGRESOS BRUTOS DETALLADAS (ITEMIZED DEDUCTIONS FROM GROSS INCOME)

- a) Deduciones del impuesto federal (reclamando _____ exenciones) \$ _____
[Federal income tax deductions (claiming-- exemptions)]
- b) Deduciones del impuesto estatal (reclamando _____ exenciones) \$ _____
[State income tax deductions (claiming-- exemptions)]
- c) F.I.C.A. y Medicare (F.I.C.A. and Medicare) \$ _____
- d) Seguro médico (Medical Insurance) \$ _____
- e) Cuotas del sindicato (Union Dues) \$ _____
- f) **Total de las deducciones** (sume las líneas a, b, c, d, e) *[Total Deductions (a through e)]* \$ _____

4. INGRESOS NETOS SEMANALES AJUSTADOS (ADJUSTED NET WEEKLY INCOME)

línea 2(r) menos línea 3(f) *[2(r) minus 3(f)]* \$ _____

5. OTRAS DEDUCCIONES DE SUS INGRESOS - TRABAJO A SUELDO/ POR HORA (OTHER DEDUCTIONS FROM SALARY/WAGES)

- a) Cooperativa de crédito (Credit Union) Pago de préstamo (Loan repayment) Ahorros (Savings) \$ _____
- b) Ahorros (Savings) \$ _____
- c) Jubilación o retiro (Retirement) \$ _____
- d) Otra – Especifique (Por ejemplo: manutención de menores, compensación diferida ó 401K)
[Other-Specify (i.e. Child Support, Deferred Compensation or 401K)] \$ _____
- e) **Total de las deducciones** (sume las líneas a, b, c, d) *[Total Deductions (a through d)]* \$ _____

6. INGRESOS SEMANALES NETOS (NET WEEKLY INCOME) Línea 4 menos línea 5(e) *[4 minus 5(e)]* \$ _____

7. INGRESOS ANUALES BRUTOS DEL AÑO ANTERIOR (GROSS YEARLY INCOME FROM PRIOR YEAR)

(adjunte copias de todos los formularios W-2 y 1099 del año anterior) *(attach copy of all W-2 and 1099 forms for prior year)* \$ _____

Cuántos años lleva contribuyendo con pagos a Seguridad Social _____
(Number of years you have paid into Social Security)

8. GASTOS SEMANALES (WEEKLY EXPENSES)

- | | |
|---|--|
| a) Alquiler o hipoteca (PIT) \$ _____
<i>[Rent or Mortgage (PIT)]</i> | l) Seguro de vida \$ _____
<i>(Life Insurance)</i> |
| b) Seguro de propietario/inquilino \$ _____
<i>(Homeowners/Tenant Insurance)</i> | m) Seguro médico \$ _____
<i>(Medical Insurance)</i> |
| c) Mantenimiento y arreglos \$ _____
<i>(Maintenance and Repair)</i> | n) Gastos médicos no cubiertos por el seguro \$ _____
<i>(Uninsured Medicals)</i> |
| d) Calefacción \$ _____
<i>(Heat)</i> | o) Gastos imprevistos y efectos personales \$ _____
<i>(Incidentals and Toiletries)</i> |
| e) Electricidad y/o gas \$ _____
<i>(Electricity and/or Gas)</i> | p) Gastos de automóvil \$ _____
<i>(Motor Vehicle Expenses)</i> |
| f) Teléfono \$ _____
<i>(Telephone)</i> | q) Cuotas de la financiación del automóvil \$ _____
<i>(Motor Vehicle Payment)</i> |
| g) Agua/Alcantarillado \$ _____
<i>(Water/Sewer)</i> | r) Cuidado de niño/s \$ _____
<i>(Child Care)</i> |
| h) Comida \$ _____
<i>(Food)</i> | s) Otros (explique) \$ _____
<i>[Other (explain)]</i> |
| i) Provisiones para el hogar \$ _____
<i>(House Supplies)</i> | |
| j) Lavandería y tintorería \$ _____
<i>(Laundry and Cleaning)</i> | |
| k) Ropa \$ _____
<i>(Clothing)</i> | |

t) Total de los gastos semanales (Total Weekly Expenses)
(Sume las líneas a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s) (a through s) \$ _____

9. HONORARIOS DE ABOGADO/S (COUNSEL FEES)

- a) Anticipo pagado a su abogado o abogados *[Retainer amount(s) paid to your attorney(s)]* \$ _____
- b) Gastos legales hechos a cuenta del anticipo hasta la fecha *[Legal fees incurred, to date, against retainer(s)]* \$ _____
- c) Total aproximado de los gastos por este litigio entre \$ _____ y \$ _____
(Anticipated range of total legal expense to litigate this action)

La Clinica Legal de Vivienda de Chelsea (CHELSEA HOUSING LEGAL CLINIC)
DECLARACIÓN FINANCIERA (FINANCIAL STATEMENT)
(Formulario corto) (Short Form)

10. BIENES (ASSETS) (de ser necesario, adjunte otra hoja) *(attach additional sheet if necessary)*

a) Bienes raíces *(Real Estate)*

Lugar *(Location)* _____

Título a nombre de *(Title held in the name of)* _____

Valor justo de mercado \$ _____ - Hipoteca \$ _____ = Valor neto \$ _____
(Fair Market Value) (Mortgage) (Equity)

b) Vehículos *(Motor Vehicles)*

Valor justo de mercado \$ _____ - Préstamo \$ _____ = Valor neto \$ _____
(Fair Market Value) (Motor Vehicle Loan) (Equity)

Valor justo de mercado \$ _____ - Préstamo \$ _____ = Valor neto \$ _____
(Fair Market Value) (Motor Vehicle Loan) (Equity)

c) IRA, Keogh, pensión, participación en ganancias, otros planes de jubilación
(IRA, Keogh, Pension, Profit Sharing, Other Retirement Plans)

Nombre de la institución financiera o del plan y número de su cuenta
(Financial Institution or Plan Name and Account Number)

_____ \$ _____
 _____ \$ _____
 _____ \$ _____

d) Anualidad(es) de impuestos diferidos *[Tax Deferred Annuity Plan(s)]*

\$ _____

e) Seguro de vida: Valor actual al contado *(Life Insurance: Present Cash Value)*

f) Cuentas de ahorros y corrientes, cuentas de mercado monetario, certificados de depósito
 -individuales, conjuntas, a nombre de otra persona pero a beneficio de usted o a nombre
 de usted pero a beneficio de su/s hijo/s menor/es de edad

[Savings & Checking Accounts, Money Market Accounts, Certificates of Deposit-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)]

Nombre de la institución financiera o del plan y número de su cuenta
(Financial Institution or Plan Name and Account Number)

_____ \$ _____
 _____ \$ _____
 _____ \$ _____

g) Otros (p.ej. acciones, bonos, cobranzas) *[Other (e.g. stocks, bonds, collections)]*

_____ \$ _____
 _____ \$ _____

h) Valor total de su activo o bienes (sume las líneas a, b, c, d, e, f, g)
[Total Assets (a through g)]

\$ _____

11. DEUDAS O PASIVO (No incluya los gastos que figuran en la parte 8 de arriba) [LIABILITIES (Do not list expenses shown in item 8 above)]

Acreeador <i>(Creditor)</i>	Clase de deuda <i>(Nature of Debt)</i>	Cuándo la contrajo <i>(Date Incurred)</i>	Cuánto debe <i>(Amount Due)</i>	Pago semanal <i>(Weekly Payment)</i>
a)			\$	\$
b)			\$	\$
c)			\$	\$
d)			\$	\$
e) Total adeudado <i>(Total Liabilities)</i>			\$	\$



[▶ SPANISH](#)

**La Clinica Legal de Vivienda de Chelsea (CHELSEA HOUSING LEGAL CLINIC)
DECLARACIÓN FINANCIERA (FINANCIAL STATEMENT)
(Formulario corto) (Short Form)**

CERTIFICACIÓN

(CERTIFICATION)

Certifico bajo pena de perjurio que la información contenida en esta Declaración Financiera y los formularios adjuntos, de haberlos, es completa, verdadera y exacta.

(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).

Fecha _____
(Date) **Mes/día/año (Month/day/Year)**

Firma _____
(Signature)