

**HOW TO FIND OUT ABOUT
OTHER PARTY'S INCOME
AND OTHER INFORMATION**

*(Cómo obtener información sobre
los ingresos
y otra información de la otra parte)*



**FOR CALCULATING CHILD SUPPORT AND/OR
SPOUSAL MAINTENANCE/SUPPORT**
*(PARA CALCULAR LA PENSIÓN ALIMENTICIA
(MANUTENCIÓN DE MENORES) Y/O DEL/DE LA
CÓNYUGE)*

**CÓMO OBTENER INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS
Y OTRA INFORMACIÓN DE LA OTRA PARTE**

**PARA CALCULAR PENSIÓN ALIMENTICIA (MANUTENCIÓN DE
MENORES) Y/O MANUTENCIÓN CONYUGAL/PENSIÓN**

LISTA DE VERIFICACIÓN

Podrá usar los formularios e instrucciones en esta serie de documentos si . . .

- ✓ *Usted o la otra parte ha presentado documentos ante el tribunal para establecer o modificar la pensión alimenticia y/o la manutención del cónyuge, Y*
- ✓ *Usted necesita información sobre lo siguiente con respecto a la otra parte:*
 - *ingresos,*
 - *bienes,*
 - *situación de empleo,*
 - *disponibilidad de cobertura de seguro para menores, Y/O*
 - *último domicilio conocido (si no está protegido por una orden judicial)*
- ✓ *Actualmente usted no sabe cuánto gana la otra parte en el trabajo o cuánto recibe de otras fuentes de ingresos, y/u otra información antes mencionados, Y*
- ✓ *Usted necesita esta información para determinar la cantidad de pensión alimenticia y/o manutención del cónyuge que usted debe pagar, Y*
- ✓ *Usted no ha solicitado esta información en los últimos tres meses, Y*
- ✓ *No hay una orden judicial que le impida usar este procedimiento.*

LÉASE: *Se recomienda que consulte con un abogado antes de presentar sus documentos ante el Tribunal para evitar resultados inesperados. En el sitio web del Centro de Auto-Servicio se ofrece una lista de abogados que pueden aconsejarle sobre el manejo del caso o para desempeñar determinadas funciones, además de una lista de mediadores aprobados por el tribunal.*

CÓMO OBTENER INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS Y OTRA INFORMACIÓN DE LA OTRA PARTE

PARA CALCULAR PENSIÓN ALIMENTICIA (MANUTENCIÓN DE MENORES) Y/O MANUTENCIÓN CONYUGAL/PENSIÓN

INSTRUCCIONES

Escriba a máquina o con letra de imprenta SÓLO CON TINTA NEGRA.

- *Llene y envíe por correo de primera clase la carta formulario incluida en esta serie de documentos al lugar de trabajo u otras fuentes de ingresos de la otra parte. La ley de Arizona requiere que el patrón u otras fuentes de ingresos proporcione esta información, si la sabe o la tiene en su poder, en un plazo de veinte (20) días después de recibir la solicitud (A.R.S. § 25-513).*
 - *Su carta debe contener la siguiente información, a menos que esté protegida por orden judicial: **
 - *Su nombre completo, dirección y número telefónico, * Y*
 - *El nombre completo de la otra parte, Y*
 - *El número de seguro social de la otra parte, Y*
 - *La fecha de nacimiento de la otra parte*

- * *Si su dirección está protegida, debe dar otra dirección a la que pueda enviarse la información que está solicitando, por ejemplo, a un apartado postal o a su abogado.*

- *Usted puede usar este proceso sólo una vez en un periodo de tres meses para solicitar (únicamente) la siguiente información:*
 - *Situación de empleo presente y pasada de la otra parte, Y*
 - *Ganancias e ingresos de la otra parte. Y*
 - *Disponibilidad y descripción de cobertura médica actual o pasada para un menor dependiente, Y*
 - *Beneficios de seguro médico pagados o solicitados conforme a una póliza de seguro médico para menores dependientes, Y*
 - *La dirección actual o la última conocida de la otra parte, a menos que esté protegida por una orden de protección o un mandamiento judicial contra acoso u otra orden judicial.*

FROM:

(DE)

Your Name

(Su nombre)

Mailing Address:

(Dirección postal:)

City, State, Zip Code:

(Ciudad, estado, código postal:)

Telephone Number

(Número de teléfono)

_____ / _____

TO: (List name and address of the other party’s employer or other source of income.)

(A (Indique el nombre y el domicilio del empleador de la otra parte u otra fuente de ingresos.))

Name:

(Nombre:)

Mailing Address:

(Dirección postal:)

City, State, Zip Code:

(Ciudad, estado, código postal:)

Telephone Number

(Número de teléfono)

_____ / _____

Today’s Date: /

(Fecha de hoy)

In the Matter of:

(En lo referente a)

Case No.

(Número de caso)

(print title of your case (example: Jones v. Jones)

((Escriba el título de su caso en letra de molde [ejemplo: Jones vs. Jones]))

Regarding Information Required by Arizona Revised Statutes § 25-513

(Con respecto a la información requerida por los Estatutos Revisados de Arizona § 25-513)

My name is I (Mi nombre es) _____ (print your name clearly)

((escriba su nombre nítidamente)).

I am involved in a court case with the person named below as “Other Party”

(Estoy involucrado en un caso judicial con la persona que se menciona a continuación como “la otra parte”).

Information about Other Party:

(Información sobre la otra parte:)

Other Party’s Name:

(Nombre de la otra parte)

Other Party’s Social Security No. (if known):

(Número de Seguro Social de la otra parte (si lo sabe))

Other Party’s Date of Birth (if known):

(Fecha de nacimiento de la otra parte (si la sabe))

Under Arizona Revised Statutes § 25-513, I am entitled to certain information about how much income the other party receives each month, and the other information requested below.

(Bajo los términos de los estatutos revisados de Arizona § 25-513, tengo derecho a cierta información sobre cuánto la otra parte recibe mensualmente y a la otra información que se solicita a continuación.)

Please provide the information indicated by the boxes checked below:

(Por favor, suministre la información indicada por las casillas marcadas a continuación)

- Present and past employment status of the other party;**
(Situación de empleo actual y pasada de la otra parte;)
- Earnings, income, or other monies without regard to the source, of the party;**
(Remuneraciones, ingresos u otro dinero de la parte, sin importar la fuente;)
- Assets;**
(Bienes;)
- Availability and description of present, or previous, health insurance coverage for a dependent child;**
(Disponibilidad y descripción de la cobertura de seguro de salud actual o pasada para un menor dependiente;)
- The other party's current or last known address, unless protected by an order of protection or injunction against harassment or other court order.**
(El domicilio actual o el último domicilio conocido de la otra parte, a menos que esté protegido por una orden de protección o mandamiento judicial contra hostigamiento u otra orden judicial.)

Please note that Arizona law (A.R.S. §25-513) requires that you send this information to me within 20 days from the date you receive this request. Thank you for your help in this matter.

(Sírvese tomar nota de que la ley de Arizona (A.R.S. § 25-513) exige que usted me envíe esta información en un plazo de no más de 20 días contados a partir de la fecha en que haya recibido esta solicitud. Le agradezco su colaboración en este caso.)

Sincerely,
(Atentamente,)

(Your Signature)
((Su firma))