

Declaración de Ingresos y Gastos

INSTRUCCIONES

El propósito de este documento es para ayudarle a completar la Declaración de Ingresos y Gastos [FL-150 – Income and Expense Declaration] e incluye una copia en blanco de la Declaración de Ingresos y Gastos. También hemos incluido una copia de la Declaración de Ingresos y Gastos en español para que lo use como guía para llenar la versión en inglés.

Debe presentar la Declaración de Ingresos y Gastos con copias de sus talones de cheque(s) de los últimos dos meses. Si trabaja por su propia cuenta, debe adjuntar las declaraciones de impuestos de los últimos dos años, incluyendo el Anexo C (declaraciones de pérdidas y ganancias). Asegúrese de cubrir cualquier número de seguro social que pueda aparecer en sus talones de cheque(s) o declaraciones de impuestos. Debe llevar sus declaraciones de impuestos al tribunal en caso de que el tribunal las exija. Esto puede evitarle una audiencia adicional para este mismo asunto.

No hay ningún cargo por registrar la Declaración de Ingresos y Gastos. Una vez que haya completado la Declaración de Ingresos y Gastos, haga copias para usted, una para la otra parte y una para el Departamento de Manutención de Menores (DCSS por sus siglas en inglés). El original se presenta al tribunal; una copia se debe entregar a cada parte por alguien que no sea usted y sea mayor de 18 años. La copia se puede enviar por correo o entregarse personalmente a la otra parte. La persona que entrega la Declaración de Ingresos y Gastos a la otra parte debe completar una Prueba de Entrega (Proof of Service) y esa Prueba de Entrega se tiene que registrar en el tribunal.

Si necesita más ayuda, comuníquese con el Centro de Ayuda/Asistente de Derecho Familiar del Tribunal Superior del Condado de Ventura o visite su sitio web en www.ventura.courts.ca.gov/self-help. O llame a (866) 901-3212.



Formularios de Muestra

Cómo llenar la Declaración de Ingresos y Gastos (FL-150)

-pagina uno-

Instrucciones:

- Encuentre el número en el formulario de ejemplo: **1**
- Siga cada número abajo para saber cómo llenar la pregunta en la declaración que coincide con el número.
- Complete la declaración a máquina o en letra de molde con tinta negra
- Si sabe el número de caso, escríbalo.
- Si no lo sabe, déjelo en blanco.

PARTY WITHOUT ATTORNEY OR ATTORNEY		STATE BAR NUMBER:	FOR COURT USE ONLY
NAME:			
FIRM NAME:			
STREET ADDRESS:			
CITY:	STATE:	ZIP CODE:	
TELEPHONE NO.:	FAX NO.:		
E-MAIL ADDRESS:			
ATTORNEY FOR (name) Under Family Code §§			
SUPERIOR COURT OF CALIFORNIA, COUNTY OF [COURT_COUNTY_NAME]			
STREET ADDRESS:			
MAILING ADDRESS:			
CITY AND ZIP CODE:			
BRANCH NAME:			
PETITIONER:			
RESPONDENT:			
OTHER PARTY/PARENT/CLAIMANT:			
INCOME AND EXPENSE DECLARATION			CASE NUMBER:

1. **Employment** (Give information on your current job or, if you're unemployed, your most recent job.)

Attach copies of your pay stubs for last two months (black out Social Security numbers).

a. Employer:

b. Employer's address:

c. Employer's phone number:

d. Occupation:

e. Date job started:

f. If unemployed, date job ended:

g. I work about _____ hours per week.

h. I get paid \$ _____ gross (before taxes) ☐ per month ☐ per week ☐ per hour.

(If you have more than one job, attach an 8 1/2-by-11-inch sheet of paper and list the same information as above for your other jobs. Write "Question 1—Other Jobs" at the top.)

2. **Age and education**

a. My age is (specify):

b. I have completed high school or the equivalent: ☐ Yes ☐ No If no, highest grade completed (specify):

c. Number of years of college completed (specify): ☐ Degree(s) obtained (specify):

d. Number of years of graduate school completed (specify): ☐ Degree(s) obtained (specify):

e. I have: ☐ professional/occupational license(s) (specify): ☐ vocational training (specify):

3. **Tax information**

a. ☐ I last filed taxes for tax year (specify year):

b. My tax filing status is ☐ single ☐ head of household ☐ married, filing separately ☐ married, filing jointly with (specify name):

c. I file state tax returns in ☐ California ☐ other (specify state):

d. I claim the following number of exemptions (including myself) on my taxes (specify):

4. **Other party's income.** I estimate the gross monthly income (before taxes) of the other party in this case at (specify): \$

This estimate is based on (explain):

(If you need more space to answer any questions on this form, attach an 8 1/2-by-11-inch sheet of paper and write the question number before your answer.) Number of pages attached: _____

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the information contained on all pages of this form and any attachments is true and correct.

Date: _____

(TYPE OR PRINT NAME) _____ (SIGNATURE OF DECLARANT) _____

Form Adopted for Mandatory Use
Judicial Council of California
FL-150 (Rev. September 1, 2024)

INCOME AND EXPENSE DECLARATION

Family Code, §§ 2030-2052, 2100-2113,
9502, 9602-9634, 9700-9709, 97100-9730
www.courts.ca.gov
[USER_ID]

- 1** Escriba su nombre, domicilio, y número de teléfono.
- 2** Si está en blanco, escriba "Ventura" después de COUNTY OF. El domicilio es: 800 South Victoria Avenue Ventura, Ca 93009
- 3** Escriba los nombres de Petitioner y Respondent. (El Petitioner se refiere al Solicitante/Demandante que es la persona que empezó el caso contra la otra persona, el Respondent, que se refiere al Demandado.) Escriba el nombre de Other Party/Parent/Claimant, (se refiere a "Otro Padre" si esto es aplicable a su caso.
- 4** Llene la información sobre su empleo. Si está desempleado, anote la información de su ultimo empleo. Si tiene más de un empleo, escríbalo en otro papel dando la misma información para cada empleo.
 - Anote el nombre (a) de su empleo actual, (b) dirección del trabajo, (c) el número de teléfono (d) su título en el trabajo, ejemplo: conductor
 - (e) la fecha que empezó a trabajar
 - (f) Si está desempleado, la fecha que dejo de trabajar
 - (g) Cuántas horas trabaja cada semana
 - (h) Cuánto le pagan, antes de las deducciones de impuestos. Seleccione la primera casilla si esta cantidad es mensual, la segunda casilla si es semanal, o la tercera casilla si es por hora.
 - Asegúrese de incluir copias de sus talones de cheque(s) de los últimos dos meses. Cubra su número de seguro social con marcador obscuro.
- 5** (a) Anote su edad (b) seleccione la casilla "Yes" si terminó la escuela secundaria. Si selecciona la casilla "No," anote el último grado que completo. Llene (c) o (d) si ha tomado clases universitarias. (e) Llene si esto es aplicable a Usted.
- 6** (a) Seleccione la casilla y escriba el año de su última declaración de impuestos (b) seleccione la casilla que es aplicable a Usted (c) seleccione la casilla "California" o "Other" si declaro sus impuestos en otro estado y escriba el nombre del estado (d) escriba el número de exenciones que reclama en sus impuestos.
- 7** Escriba el total de ingresos mensuales que tiene la otra persona en este caso, y explique cómo sabe esta información.
- 8** Al lado izquierdo, escriba la fecha y su nombre en letra de molde o a máquina. Al lado derecho firme su nombre. **Su nombre escrito debe coincidir exactamente con el nombre indicado en el elemento #3. Si no coincide, la Tribunal Superior rechazará su Declaración de Ingresos y Gastos.**

Cómo llenar la Declaración de Ingresos y Gastos (FL-150)

-pagina uno-

Instrucciones:

- Encuentre el número en el formulario de ejemplo: 9
- Siga cada número abajo para saber cómo llenar la pregunta en la declaración que coincide con el número.
- Complete la declaración a máquina o en letra de molde con tinta negra
- Si sabe el número de caso, escríbalo.
- Si no lo sabe, déjelo en blanco.

9

FL-150

PETITIONER:
RESPONDENT:
OTHER PARTY/PARENT/CLAIMANT:

CASE NUMBER:

Attach copies of your pay stubs for the last two months and proof of any other income. Take a copy of your latest federal tax return to the court hearing. (Black out your Social Security number on the pay stub and tax return.)

5. Income (For average monthly, add up all the income you received in each category in the last 12 months and divide the total by 12.)

	Last month	Average monthly
a. Salary or wages (gross, before taxes).....	\$	\$
b. Overtime (gross, before taxes).....	\$	\$
c. Commissions or bonuses.....	\$	\$
d. Public assistance (for example: TANF, SSI, GAVR) ☐ currently receiving.....	\$	\$
e. Spousal support ☐ from this marriage ☐ from a different marriage ☐ federally taxable*.....	\$	\$
f. Partner support ☐ from this domestic partnership ☐ from a different domestic partnership.....	\$	\$
g. Pension/retirement fund payments.....	\$	\$
h. Social Security retirement (not SSI).....	\$	\$
i. Disability: ☐ Social Security (not SSI) ☐ State disability (SDI) ☐ Private insurance.....	\$	\$
j. Unemployment compensation.....	\$	\$
k. Workers' compensation.....	\$	\$
l. Other (military allowances, royalty payments) (specify):.....	\$	\$

6. Investment income (Attach a schedule showing gross receipts less cash expenses for each piece of property.)

a. Dividends/interest.....	\$
b. Rental property income.....	\$
c. Trust income.....	\$
d. Other (specify):.....	\$

7. Income from self-employment, after business expenses for all businesses..... \$

I am the ☐ owner/sole proprietor ☐ business partner ☐ other (specify):

Number of years in this business (specify):

Name of business (specify):

Type of business (specify):

Attach a profit and loss statement for the last two years or a Schedule C from your last federal tax return. Black out your Social Security number. If you have more than one business, provide the information above for each of your businesses.

8. ☐ Additional income. I received one-time money (lottery winnings, inheritance, etc.) in the last 12 months (specify source and amount):

9. ☐ Change in income. My financial situation has changed significantly over the last 12 months because (specify):

10. Deductions

	Last month
a. Required union dues.....	\$
b. Required retirement payments (not Social Security, FICA, 401(k), or IRA).....	\$
c. Medical, hospital, dental, and other health insurance premiums (total monthly amount).....	\$
d. Child support that I pay for children from other relationships.....	\$
e. Spousal support that I pay by court order from a different marriage ☐ federally tax deductible*.....	\$
f. Partner support that I pay by court order from a different domestic partnership.....	\$
g. Necessary job-related expenses not reimbursed by my employer (attach explanation labeled "Question 10g").....	\$

11. Assets

	Total
a. Cash and checking accounts, savings, credit union, money market, and other deposit accounts.....	\$
b. Stocks, bonds, and other assets I could easily sell.....	\$
c. All other property, ☐ real and ☐ personal (estimate fair market value minus the debts you owe).....	\$

* Check the box if the spousal support order or judgment was executed by the parties and the court before January 1, 2019, or if a court-ordered change maintains the spousal support payments as taxable income to the recipient and tax deductible to the payor.

FL-150 (Rev. September 1, 2024) INCOME AND EXPENSE DECLARATION Page 2 of 4 [USER_ID]

- 9 Escriba su primer nombre y apellido y también el de la otra persona en este caso
Entregue copias de talones de cheque(s) de los últimos dos meses con esta declaración. También incluya comprobantes de cualquier otro ingreso. Presente una copia de su última declaración del impuesto federal a la audiencia el tribunal. Con un marcador negro cubra su número de seguro social.
- 10 Llene (a) a (l) si es aplicable a usted y seleccione cualquier casilla que le aplique. En la primera columna, anote los ingresos del mes pasado. En la segunda columna, calcule la suma promedio sumando las cantidades en los últimos 12 meses y luego divida por 12.
- 11 Si tiene inversiones, llene las cantidades. Si llena la letra (d), de una explicación. Si tiene propiedades, incluya otra página dando información de las ganancias de cada propiedad y los gastos.
- 12 Llene esta sección solamente si trabaja por su propia cuenta (tiene negocio propio). Incluya su declaración de pérdidas y ganancias para cada negocio, o Anexo C de su declaración de impuestos federales.
- 13 Seleccione la casilla "Additional Income," si recibió dinero adicional en los últimos 12 meses. Escriba la cantidad y de donde proviene ese dinero. Por ejemplo: "Me gane la lotería." "Mi tío me heredo dinero."
- Seleccione la casilla "Change in Income," si hay cambio de ingreso o si la cantidad de dinero que usted usualmente recibía a cambiado en los últimos 12 meses. Escriba la razón. Ejemplo: "Me lastime en el trabajo y ahora estoy discapacitado." "Tengo un nuevo trabajo que paga más salario que el anterior."
- 14 Llene cuanto le rebajaron de sus ingresos el mes pasado. Llene todo lo que aplique a usted. Si llena la letra (f), debe escribir una explicación en otra página titulada "Question 10f."
- 15 Haga una lista de sus bienes (cuentas bancarias, acciones y bonos, propiedades, etc.).Escriba el valor total en cada línea.

Cómo llenar la Declaración de Ingresos y Gastos (FL-150)

-pagina uno-

Instrucciones:

- Encuentre el número en el formulario de ejemplo: • 16
- Siga cada número abajo para saber cómo llenar la pregunta en la declaración que coincide con el número.
- Complete la declaración a máquina o en letra de molde con tinta negra
- Si sabe el número de caso, escríbalo.
- Si no lo sabe, déjelo en blanco.

PETITIONER: • 16
RESPONDENT:
OTHER PARTY/PARENT/CLAIMANT:

CASE NUMBER: FL-150

12. The following people live with me:

Name	Age	How the person is related to me (ex: son)	That person's gross monthly income	Pays some of the household expenses?
a. • 17				☐ Yes ☐ No
b.				☐ Yes ☐ No
c.				☐ Yes ☐ No
d.				☐ Yes ☐ No
e.				☐ Yes ☐ No

13. Average monthly expenses ☐ Estimated expenses ☐ Actual expenses ☐ Proposed needs

a. Home:
(1) ☐ Rent or ☐ mortgage..... \$
If mortgage:
(a) average principal: \$ • 18
(b) average interest: \$
(2) Real property taxes..... \$
(3) Homeowner's or renter's insurance (if not included above)..... \$
(4) Maintenance and repair..... \$
b. Health-care costs not paid by insurance..... \$
c. Child care..... \$
d. Groceries and household supplies..... \$
e. Eating out..... \$
f. Utilities (gas, electric, water, trash)..... \$
g. Telephone, cell phone, and e-mail..... \$
h. Laundry and cleaning..... \$
i. Clothes..... \$
j. Education..... \$
k. Entertainment, gifts, and vacation..... \$
l. Auto expenses and transportation (insurance, gas, repairs, bus, etc.)..... \$
m. Insurance (life, accident, etc.; do not include auto, home, or health insurance)..... \$
n. Savings and investments..... \$
o. Charitable contributions..... \$
p. Monthly payments listed in item 14 (itemize below in 14 and insert total here)..... \$
q. Other (specify):
r. TOTAL EXPENSES (a-q) (do not add in the amounts in a(1)(a) and (b))..... \$
s. Amount of expenses paid by others..... \$

14. Installment payments and debts not listed above

Paid to	For	Amount	Balance	Date of last payment
• 19		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

15. Attorney fees (This information is required if either party is requesting attorney fees):
a. To date, I have paid my attorney this amount for fees and costs (specify): \$
b. The source of this money was (specify):
c. I still owe the following fees and costs to my attorney (specify total owed): \$
d. My attorney's hourly rate is (specify):
I confirm this fee arrangement.
Date: • 21
(TYPE OR PRINT NAME OF ATTORNEY) (SIGNATURE OF ATTORNEY)

FL-150 (Rev. September 1, 2004) INCOME AND EXPENSE DECLARATION Page 3 of 4 (USER_ID)

- 16 Escriba su nombre y apellido y el de la otra persona(s) en este caso. 18
- 17 Provea información sobre todas las personas que viven con usted.
 - Escriba los nombres, edades, y la relación que tienen con usted (padre(s), hijo(a), otro familiar, amigo(a).
 - Escriba cuánto dinero cada persona recibe por mes (antes de impuestos), y seleccione la casilla Si o No, si esta persona paga parte de los gastos de vivienda.
- 18 Para el promedio de gastos mensuales, seleccione la primera casilla si usted está calculando gastos, o la segunda casilla si son gastos exactos. Seleccione la tercera casilla si usted espera que estos sean sus gastos cada mes.
 - Para a., marque la primera casilla si usted renta o la segunda casilla si es dueño(a) de su casa. Escriba el pago mensual. Si usted tiene una hipoteca, complete (1), (2) y (3). Complete (4) si aplican a usted.
 - Complete las cantidades para desde la letra b hasta la q, según apliquen a usted.
 - Para las letras j y q explique el gasto.
 - Sume las líneas desde la letra a hasta la q, pero no incluya el principal ni el interés de su hipoteca de línea (1)(a) (b).
 - Ponga la cantidad total de los gastos en la caja r.
 - Línea s son los gastos mensuales para el hogar NO pagados por usted.
- 19 Incluya todos los pagos y deudas que usted tenga. Esto puede incluir pagos de carro, pagos de tarjeta de crédito, etc.
 - Primera columna: Escriba el nombre del acreedor (el que recibe los pagos)
 - Segunda columna: explique para qué es el pago. Tercera columna: cantidad del último pago al acreedor.
 - Cuarta columna: cantidad aun adeudada. Ultima columna: fecha cuando se hizo el último pago.
- 20 Si usted es representado por un abogado o le ha pagado dinero a un abogado, complete esta sección y continúe al #21. Si no ha pagado ninguna cantidad a un abogado en este caso, deje esta sección en blanco.
- 21 Si usted es representado por un abogado, por favor pídale que firme.

PETITIONER: RESPONDENT: OTHER PARTY/PARENT/CLAIMANT:	FL-150
--	--------

CHILD SUPPORT INFORMATION
(NOTE: Fill out this page only if your case involves child support.)

16. Number of children

a. I have (specify number): children under the age of 18 with the other parent in this case.

b. The children spend percent of their time with me and percent of their time with the other parent.
(If you're not sure about percentage or it has not been agreed on, please describe your parenting schedule here.)

17. Children's health-care expenses

a. ☐ I do ☐ I do not have health insurance available to me for the children through my job.

b. Name of insurance company:

c. Address of insurance company:

d. The monthly cost for the children's health insurance is or would be (specify): \$
(Do not include the amount your employer pays.)

18. Additional expense for the children in this case

a. Childcare so I can work or get job training.....	\$	Amount per month
b. Children's health care not covered by insurance.....	\$	
c. Travel expenses for visitation.....	\$	
d. Children's educational or other special needs (specify below):.....	\$	

19. Special hardships. I ask the court to consider the following special financial circumstances
(attach documentation of any item listed here, including court orders):

a. Extraordinary health expenses not included in 18b.....	\$	Amount per month	For how many months?
b. Major losses not covered by insurance (examples: fire, theft, other insured loss).....	\$		
c. (1) Expenses for my minor children who are from other relationships and are living with me.....	\$		
(2) Names and ages of those children (specify):			

(3) Child support I receive for those children..... \$

The expenses listed in a, b, and c create an extreme financial hardship because (explain):

20. Other information I want the court to know concerning support in my case (specify):

Cómo llenar la Declaración de Ingresos y Gastos (FL-150)

-pagina uno-

Instrucciones:

- Encuentre el número en el formulario de ejemplo: 22
- Siga cada número abajo para saber cómo llenar la pregunta en la declaración que coincide con el número.
- Complete la declaración a máquina o en letra de molde con tinta negra
- Si sabe el número de caso, escríbalo.
- Si no lo sabe, déjelo en blanco.

- 22 Escriba el primer nombre y apellido de usted y de la otra persona(s) en este caso.
- 23 Escriba el número de niños que tiene con el padre/la madre en este caso que son menores de 18 años.
 - Calcule el porcentaje de tiempo que los niños están con usted y con el otro padre. Ejemplo: Los niños pasan 30 por ciento de su tiempo conmigo y 70 por ciento de su tiempo con el otro padre.
 - Si no está seguro(a) sobre el porcentaje, use el espacio proveído para describir los horarios de cada padre para el cuidado de los niños.
- 24 Seleccione la primer casilla si su trabajo provee seguro médico para sus hijos. Si no, seleccione la segunda casilla. Escriba el nombre y domicilio del seguro médico en el espacio proveído. Escriba la cantidad mensual que usted paga (o pagaría para cubrir a los niños) para el seguro médico. NO INCLUYA la cantidad que paga su empleador.
- 25 Escriba las cantidades mensuales que aplican a su caso. Explique necesidades especiales y educativas.
- 26 Escriba cualquier "situación especial" (cosas que hacen difícil vivir día a día)
 - Para las letras de la a hasta la c, escriba las cantidades mensuales que aplican.
 - En la segunda columna, escriba el número de meses que la situación ha durado.
 - Si usted tiene hijos menores de 18 años de otras relaciones, escriba sus nombres y edades en el espacio proveídos.
 - Si usted recibe manutención para estos niños, escriba las cantidades.
 - Si completo líneas a., b., y c., se le ha proveído espacio para explicar porque se le ha hecho difícil pagar los gastos.
- 27 En el espacio proveído usted puede escribir cualquier otra información que usted quiera que el tribunal este al tanto