

Solicitud de fondos de servicios del Tribunal de Familias

Por favor, complete y firme esta solicitud y declaración jurada de verificación de ingresos. No se aprobarán solicitudes incompletas. Deje pasar al menos 5 días hábiles después de la fecha en que se reciba su solicitud para procesarla. *Incluya una copia de su Orden judicial.* Por favor, envíe su solicitud de una de las siguientes maneras:

Correo electrónico (email): mhoffman@canyonco.org

Correo: Family Court Services, Canyon County Courthouse, 1115 Albany Street, Caldwell, ID 83605

Si tiene preguntas, por favor llame a la Oficina de Servicios del Tribunal de Familias al 208.454.7269

Yo, _____, [nombre en letras de imprenta] solicito ante el Fondo de Servicios del Tribunal de Familias el siguiente servicio, ordenado por el juez (marque UN casillero):

[] **Mediación de custodia de menores** Nombre del mediador: _____

Para prepararme para la mediación, he asistido a Enfoque en los Niños el _____ (fecha).*

**Si no asiste a Enfoque en los Niños podrán denegarle su solicitud de asistencia.*

[] **Visitas y/o intercambio bajo supervisión** Nombre de la institución: _____

[] **Evaluación "Brief Focused Assessment"** Nombre del evaluador: _____

[] **Coordinador de crianza compartida:** _____

Entiendo lo siguiente (por favor, ponga sus iniciales al final de cada declaración):

- a) Los fondos sólo están disponibles para quienes reúnen los requisitos económicos de la Oficina de Servicios del Tribunal de Familias, y tienen hijos dependientes menores de edad. ____iniciales
- b) Los fondos sólo están disponibles para servicios que haya ordenado el juez. ____iniciales
- c) Entiendo que debo elegir a alguien de la lista de proveedores que me proporcionaron en la Oficina de Servicios del Tribunal de Familias. ____iniciales
- d) El Fondo de Servicios del Tribunal de Familias no está garantizado. Aunque yo reúna los requisitos, es posible que no haya fondos disponibles. ____iniciales
- e) Si por algún motivo no hay fondos disponibles, los fondos para el servicio cesarán. ____iniciales
- f) Soy responsable de pagar los honorarios que cobren los proveedores de servicios que no se paguen con el Fondo de Servicios del Tribunal de Familias. ____iniciales
- g) Soy responsable de programar y cumplir con todas las visitas al proveedor de servicios. Entiendo que si no asisto a las visitas programadas, podrán cancelar mis fondos y seré responsable del pago de los costos de mi proveedor. ____iniciales
- h) Los fondos estarán disponibles para los servicios después de que me hayan aprobado. Los fondos no pagarán servicios que yo haya recibido antes de la aprobación. ____iniciales
- i) Entiendo que existe un límite en el monto que se pague por servicios de asistencia disponibles a través de los Servicios del Tribunal de Familias. ____iniciales
- j) Entiendo que los Servicios del Tribunal de Familias, el Tercer Distrito Judicial y la Corte Suprema de Idaho no ofrecen ninguna garantía, explícita ni implícita, en relación con los servicios, desempeño o conducta de los proveedores de servicios subsidiados a través del Fondo Designado para Servicios del Tribunal de Familias. ____iniciales

Firma del solicitante

Fecha

Nombre en letras de imprenta

Cantidad de niños a los que afecta esta medida judicial _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL (FOR STAFF USE ONLY) Not Approved

Applicant approved for: 25% 50% 75% of costs to be paid by FCS Fund, not to exceed \$ _____.

Applicant is responsible for remaining _____% according to the limits of the fund.

Authorized Signature: _____ Date: _____

Nombre completo de quien envía este documento

Domicilio postal (calle o casilla de correos)

Ciudad, estado y código postal Zip

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico

_____,
 Parte Demandante,
 vs.
 _____,
 Parte Demandada.
 ESTADO de Idaho)
) ss.
 Condado de _____)

Causa No.: _____

DECLARACIÓN JURADA DE VERIFICACIÓN
 DE INGRESOS
 Fondo Designado para Servicios del Tribunal de
 Familias

Por la presente, declaro y juro que la siguiente información es cierta:

A. TODOS LOS INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR (SIN DEDUCIR IMPUESTOS) *Por favor, note que este formulario difiere de su declaración jurada de verificación de ingresos obligatoria para calcular la pensión alimenticia de menores. De acuerdo con las normas de este fondo, si usted se ha vuelto a casar, si está otra vez en pareja, o si vive con sus padres, debe incluir los ingresos de todos los miembros adultos del hogar.

- 1. Sueldo, salario, comisiones, bonificaciones, alquiler *recibido* A1 _____
- 2. Otros ingresos estatales o federales, compensación laboral, seguro de desempleo, discapacidad, o beneficios de veterano A2 _____
- 3. Pensión conyugal *recibida (promedio mensual)* A3 _____
- 4. Otros ingresos A4 _____
- 5. **SUBTOTAL DE INGRESOS** (sume renglones A1 al A4) **A5** _____

B. DEDUCCIONES DE LOS INGRESOS MENSUALES

- 1. ¿Trabaja por su cuenta? Marque con un círculo **B1** Sí / No
Si respondió Sí complete los renglones a y b
Si respondió No pase directamente al renglón 2
 - a. Amortización lineal mensual de los bienes según lo declarado ante la IRS (*sólo si trabaja por su cuenta*) a _____
 - b. La mitad de sus impuestos del Seguro Social al trabajo Cuentapropista b _____
- 2. ¿Paga pensión infantil o conyugal? Marque con un círculo **B2** Sí / No
 - a. Si respondió Sí, complete con la cantidad que **paga** por mes a _____
- 3. **SUBTOTAL DE DEDUCCIONES** (sume B1 a y b + B2a) **B3** _____

C. INGRESOS MENSUALES AJUSTADOS

Subtotal de Ingresos Renglón **A5** _____
Menos Subtotal de Deducciones Renglón **B3 -** _____

D. INGRESOS TOTALES AJUSTADOS (Reste el renglón B3 del A5) D= _____

Debe completar este renglón para que lo consideren para este subsidio

- **BIENES:** Incluya bienes de los cuales sean propietarios usted y su cónyuge, si se ha vuelto a casar.

• Tengo (tenemos) dinero en efectivo a mano o en bancos \$ _____

• Tengo (tenemos) bienes muebles valuados en \$ _____

• Tengo (tenemos) bienes inmuebles valuados en \$ _____

• Tengo (tenemos) acciones, bonos, títulos/valores, o intereses \$ _____

- **¿RECIBE ESTAMPILLAS DE ALIMENTOS O INGRESOS SUPLEMENTARIOS DEL SEGURO SOCIAL?** *Marque con un círculo* Sí / No

- **CANTIDAD DE GENTE EN EL HOGAR INCLUYÉNDOLO A USTED:**

_____ *(Adultos y niños que residan con usted más del 50% del tiempo)*

CERTIFICACIÓN BAJO PENA DE PERJURIO

Certifico, bajo pena de perjurio, de conformidad con las leyes del Estado de Idaho, que la información que antecede es auténtica y correcta.

Fecha: _____

Letras de imprenta

Firma