

DECLARACIÓN HISTORIAL DE PAGO DE MANTENIMIENTO

DCSS 0569 SPA (02/10/09)

Persona completando este formulario (nombre): _____

Soy: La Parte con la Custodia
 El Padre sin la Custodia

Historial de Pago de Mantenimiento para (marque uno): Niño Cónyuge Familia

Gastos médicos no reembolsados Médico Otro (especifique): _____

	AÑO _____		AÑO _____		AÑO _____	
	CANTIDAD ORDENADA	CANTIDAD PAGADA	CANTIDAD ORDENADA	CANTIDAD PAGADA	CANTIDAD ORDENADA	CANTIDAD PAGADA
Enero						
Febrero						
Marzo						
Abril						
Mayo						
Junio						
Julio						
Agosto						
Septiembre						
Octubre						
Noviembre						
Diciembre						

	AÑO _____		AÑO _____		AÑO _____	
	CANTIDAD ORDENADA	CANTIDAD PAGADA	CANTIDAD ORDENADA	CANTIDAD PAGADA	CANTIDAD ORDENADA	CANTIDAD PAGADA
Enero						
Febrero						
Marzo						
Abril						
Mayo						
Junio						
Julio						
Agosto						
Septiembre						
Octubre						
Noviembre						
Diciembre						

Declaro, bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California, que lo que antecede es verdadero y correcto. Estoy al tanto de que esto puede ser entregado al otro padre para que lo verifique y se le puede solicitar a la otra parte que presente información. Estoy de acuerdo que al escribir mi nombre en la línea de la firma ese mismo nombre será considerado mi firma electrónica para cualquier propósito legal y administrativo.

Firma: _____ Fecha: _____ No. de Caso: _____