

***OJO: Todos los formularios deberán completarse en inglés. De lo contrario, no se le permitirá presentar sus documentos en la Secretaría del Tribunal Superior.***

For Clerk's Use Only  
(Para uso de la Secretaria solamente)

**Person Filing: (1)** \_\_\_\_\_

(Nombre de persona:)

**Address (if not protected):** \_\_\_\_\_

(Mi domicilio) (si no está protegido:)

**City, State, Zip Code:** \_\_\_\_\_

(ciudad, estado, código postal:)

**Telephone: / (Número de Tel.):** \_\_\_\_\_

**Email Address:** \_\_\_\_\_

(Dirección de correo electrónico:)

**ATLAS Number:** \_\_\_\_\_

(No. de ATLAS)(si aplica):

**Lawyer's Bar Number: / (Número de colegio de abogados:)** \_\_\_\_\_

**Representing**  **Self, without a Lawyer** or  **Attorney for**  **Petitioner** OR  **Respondent**  
(Representando Sí mismo, sin un abogado o Abogado para Demandante O Demandado)

**SUPERIOR COURT OF ARIZONA  
IN COCHISE COUNTY (2)**  
(TRIBUNAL SUPERIOR DE ARIZONA  
DEL CONDADO COCHISE (2))

**CHILD SUPPORT WORKSHEET**  
(HOJA DE CÁLCULO PARA LA MANUTENCION DE MENORES)

**(3) Petitioner/Party A:** \_\_\_\_\_ **(4) Case No.** \_\_\_\_\_  
(Demandante/Parte A) (Número de caso)

**(3) Respondent/Party B:** \_\_\_\_\_ **(4) ATLAS No.** \_\_\_\_\_  
(Demandado/Parte B) (Número Atlas)

**(5) Total Number of Children:** \_\_\_\_\_  
(Número total de menores:)

**(6) Parent with Primary Physical Custody:** Party A  Party B   
(Padre con la custodia física primaria:) (Parte A) (Parte B)

**(7) Parent who is filing this form:** Party A  Party B   
(Padre que presenta este formulario:) (Parte A) (Parte B)

**(8) Gross Income figures for the OTHER PARENT are:**  
(Las cifras del ingreso bruto DEL OTRO PADRE son:)

**ACTUAL, with proof, such as a recent W2 or pay stub attached, or other party's signed statement. / (REALES con comprobante, como un W2 reciente, un talón de pago anexo o una declaración firmada por la otra parte.)**

**ESTIMATED, based on facts or knowledge of pay before promotion or of others in similar job.**  
(*CALCULADAS en base a hechos o datos de pago antes de una promoción o de otros empleos similares.*)

**ATTRIBUTED, based on what other party could and should be earning (see Guidelines 5e).**  
(*ATRIBUIDAS, con base en lo que la otra parte podría o debería estar ganando (vea el lineamiento 5e).*)

|  | <b>PARTY A</b><br>(PARTE A) |      | <b>PARTY B</b><br>(PARTE B)     |
|--|-----------------------------|------|---------------------------------|
| <b>Gross Income (Pre-Tax Income. Before deductions.)</b><br>( <i>Ingreso bruto (Ingreso antes de impuestos y deducciones).</i> ) | \$ _____                    | (9)  | \$ _____                        |
| <b>Spousal Maintenance Paid</b><br>( <i>Manutención conyugal pagada</i> )  | \$ - _____                  | (10) | \$ - _____                      |
| <b>Spousal Maintenance Received</b><br>( <i>Manutención conyugal recibida</i> )  | \$ + _____                  | (11) | \$ + _____                      |
| <b>Child Support Paid/Contributed</b><br>( <i>Pensión alimenticia de menores pagada / aportada</i> )                             | \$ - _____                  | (12) | \$ - _____                      |
| <b>Other Support of Children Paid</b><br>( <i>Otro manutención pagada por menores</i> )  | \$ - _____                  | (13) | \$ - _____                      |
| <b>Adjusted Gross Income (AGI)</b><br>( <i>Ingreso bruto ajustado</i> ) (AGI)  | \$ _____                    | (14) | \$ _____                        |
| <b>Combined Adjusted Gross Income</b><br>( <i>Ingreso bruto ajustado combinado</i> )   |                             | (15) | \$ _____                        |
| <b>Basic Child Support Obligation</b><br>( <i>Obligación básica de pensión alimenticia</i> )                                     |                             | (16) | \$ _____                        |
| <b>Plus Costs for: I (Más costos de:)</b>  |                             |      |                                 |
| <b>Medical/Dental/Vision Insurance</b><br>( <i>Seguro médico / dental / de la vista</i> )  | \$ _____                    | (17) | \$ _____                        |
| <b>Childcare</b><br>( <i>Guardería</i> )   | \$ _____                    | (18) | \$ _____                        |
| <b>Education Expenses</b><br>( <i>Gastos educativos</i> )  | \$ _____                    | (19) | \$ _____                        |
| <b>Extraordinary/Special Needs Child Expenses</b><br>( <i>Gastos extraordinarios de los menores / necesidades especiales</i> )   | \$ _____                    | (20) | \$ _____                        |
| <b>No. of Children Age 12 or Over</b> _____<br>( <i>Número de menores de 12 años o mas</i> )                                     | <b>Adjustment</b> _____     | %    | (21) \$ _____                   |
|  |                             |      | ( <i>Porcentaje de ajuste</i> ) |
| <b>Total Adjustments for Costs</b><br>( <i>Ajuste total por costos</i> )   |                             |      | (22) \$ _____                   |
| <b>Total Child Support Obligation</b><br>( <i>Obligación total de pensión alimenticia</i> )                                      | \$ _____                    | (23) | \$ _____                        |

Case No. \_\_\_\_\_

(Número de caso)

**Party A**  
(Parte A)

**Party B**  
(Parte B)

**Each Parent's % of Combined Income** \_\_\_\_\_ % (24) \_\_\_\_\_ %  
(Porcentaje de ingreso combinado de cada padre)

**Each Parent's Share of Total. Support Obligation** \$ \_\_\_\_\_ (25) \$ \_\_\_\_\_  
(Parte de cada padre en la obligación total de manutención)

**Adjustment of Costs Associated with Parenting Time**  
(Ajuste de costos asociados con el régimen de visitas)

Using Table A  Table B  \$ \_\_\_\_\_ (26) \$ \_\_\_\_\_  
(Usando tabla A Tabla B)

**No. of Days** \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ % x Line (16) \$ \_\_\_\_\_ (27) \$ \_\_\_\_\_  
(Número de días XXXX = XXXX % X línea)

**Less Non custodial Parent's Costs for:**  
(Menos gastos de los padres no referidos a la manutención)

**Medical/Dental/Vision Insurance\*** \$ \_\_\_\_\_ (28) \$ \_\_\_\_\_  
(Seguro médico / dental / de la vista\*)

**Childcare\*** \$ \_\_\_\_\_ (29) \$ \_\_\_\_\_  
(Guardería\*)

**Education Expenses\*** \$ \_\_\_\_\_ (30) \$ \_\_\_\_\_  
(Gastos educativos\*)

**Extraordinary/Special Needs Child Expenses\*** \$ \_\_\_\_\_ (31) \$ \_\_\_\_\_  
(Gastos extraordinarios del menor / necesidades especiales\*)

**Adjustments Subtotal** \$ \_\_\_\_\_ (32) \$ \_\_\_\_\_  
(Subtotal de ajustes)

\*Subtract here **ONLY** if ADDED-IN 17-20 above  
(\* Restar aquí **SÓLO** SI SE SUMÓ 17-20 ARRIBA)

**Preliminary Child Support Amount** \$ \_\_\_\_\_ (33) \$ \_\_\_\_\_  
(Monto preliminar de pensión alimenticia)

**Self Support Reserve Test for Parent Who Will Pay** \$ \_\_\_\_\_ (34) \$ \_\_\_\_\_  
(Prueba de reserva de pensión del padre que pagará)

**Amount from Line (14):** \$ \_\_\_\_\_ (Adj. Gross Income - AGI)  
(Monto de la línea (14):) (Ingreso bruto ajustado)

**Minus Reserve Amount :** - \$1,684.80  
(Menos monto de reserve:)

**Total Child Support to be Paid by:** \_\_\_\_\_ (35) \_\_\_\_\_  
(Pensión alimenticia total a ser pagada por:)

\$ \_\_\_\_\_ Party A (Parte A) \$ \_\_\_\_\_ Party B (Parte B)

Case No. \_\_\_\_\_  
(Número de caso)

|  |       |             |       |
|--|-------|-------------|-------|
| <b>Share of Travel Expenses Related to Parenting Time</b><br>(Gastos de viajes compartidos relacionados con el régimen de visitas) | %     | <b>(36)</b> | %     |
|  | _____ |             | _____ |

|   |       |             |       |
|---|-------|-------------|-------|
| <b>Share of Medical/Dental/Vision Costs Not Paid by Insurance</b><br>(Gastos médicos / dentales / de la vista compartidos no cubiertos por el seguro) | %     | <b>(37)</b> | %     |
|   | _____ |             | _____ |

**I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct.**  
(Declaro bajo pena de perjurio que lo anterior es verdadero y correcto.)

**Executed on/ (Firmado el)** \_\_\_\_\_  
**Date/ (Fecha)**

\_\_\_\_\_  
**SIGNATURE / (FIRMA)**