

**INCOME AFFIDAVIT**

**This form should be completed by your employer or source of spousal support.  
[This information is confidential and will not be shared with any other agency or department]**

I am attesting that: \_\_\_\_\_  
(Print Name)

who resides at \_\_\_\_\_  
(Address)

receives the following (*mark all that apply*):

- Occupation \_\_\_\_\_  
Gross income in the amount of income \$ \_\_\_\_\_  
for the dates from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_
- Spousal support in the monthly amount of \$ \_\_\_\_\_
- Child support in the monthly amount of \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Employer or Spouse Name: (Print)

\_\_\_\_\_  
Employer or Spouse Address

\_\_\_\_\_  
Employer or Spouse City/State/Zip Code

\_\_\_\_\_  
Employer or Spouse Telephone Number

\_\_\_\_\_  
Employer or Spouse Signature

\_\_\_\_\_  
Date

## DECLARACION DE INGRESOS

**Este formulario lo debe llenar su supervisor(a) de trabajo o su cónyuge (esposo o esposa) cuando no tiene los talones de salario para comprobar sus ingresos. La información que declare en este formulario se mantendrá confidencial y no se compartirá con ninguna otra agencia o departamento.**

Yo declaro que: \_\_\_\_\_  
(Nombre y apellido en letra de molde )

quien reside en \_\_\_\_\_  
(Direccion del Domicilio)

recibe lo siguiente (*marque lo que aplique*):

- Trabajo/Profesión \_\_\_\_\_  
Cantidad de ingresos en total \$ \_\_\_\_\_  
De (fecha) \_\_\_\_\_ a (fecha) \_\_\_\_\_
- Cantidad mensual de apoyo conyugal \$ \_\_\_\_\_
- Cantidad mensual de apoyo a hijos \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Empresa o Cónyuge:  
(En letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Domicilio de la Empresa o el Cónyuge

\_\_\_\_\_  
Ciudad /Estado /Código Postal  
De la Empresa o del Cónyuge:

\_\_\_\_\_  
Numero de Teléfono  
De la Empresa o del Cónyuge

\_\_\_\_\_  
Firma del Supervisor de la Compañía  
o del Cónyuge

\_\_\_\_\_  
Fecha