

PLANILLA DE INFORMACIÓN PERSONAL Y ECONÓMICA (PIPE)

Instrucciones:

1. Para completar esta planilla utilice tinta azul o negra. Escriba en letra de molde de forma clara, legible y evite tachar o borrar.
2. Indique en el epígrafe ubicado en la parte superior de la primera página de esta planilla, el (los) nombre(s) de la(s) parte(s) peticionaria(s) o demandante(s) y de la(s) parte(s) peticionada(s) o demandada(s). Indique, además, el número de caso, de conocerlo.
3. Provea en esta planilla la información que corresponda a la persona custodia o la persona no custodia de los (las) menores, para los cuales se solicitan alimentos en este caso (declarante) y de las otras personas que integran el núcleo familiar.
 - Si la persona custodia o la persona no custodia es también menor de edad, provea su información, independientemente de su edad.
 - Si por una razón legal, orden del Tribunal o de la ASUME o por acuerdo voluntario, la persona encargada de realizar el pago de una pensión alimentaria, no es la persona custodia o la persona no custodia de los (las) menores para los (las) cuales se solicitan los alimentos, la información que proveerá en la planilla será la de dicha persona.
4. Asegúrese de ofrecer toda la información que aplique en su caso. El Artículo 16 de la Ley Núm. 5 de 30 de diciembre de 1986, según enmendada, dispone que la radicación del formulario no constituirá excusa respecto de la obligación de las partes de revelar todas las circunstancias que permiten determinar su particular situación económica. Indique N/A, si algún encasillado no le aplica.
5. Si le falta espacio en algún encasillado o desea proveer cualquier otra información que permita clarificar o acelerar la atención de este caso, utilice una hoja adicional para ello. Identifique la hoja con el nombre de las partes y el número de caso, de conocerlo. Indique claramente a qué encasillados de la planilla se refiere dicha información.
6. En la Parte V, Sección A, sobre *Detalle de salario mensual*, debe identificar los ingresos y deducciones de nómina en base mensual. Para efectuar la conversión, multiplique los ingresos y deducciones de su talonario más reciente (que sea representativo de lo que usted usualmente recibe) de la siguiente manera:
 - Si la frecuencia con la que recibe su salario es semanal, multiplique por 52 y divida entre 12. (Ejemplo: Cantidad x 52 ÷ 12)
 - Si recibe su salario cada dos semanas (bisemanal), multiplique por 26 y divida entre 12. (Ejemplo: Cantidad x 26 ÷ 12)
 - Si recibe su salario cada quince días (quincenal), multiplique por 2. (Ejemplo: Cantidad x 2)
7. En la Parte V, Sección A, sobre *Detalle de salario mensual*, el término "Ingreso periódico no frecuente" se refiere a ingresos que cualquiera de las personas recibe o recibirá periódicamente, pero con una frecuencia que excede los treinta y seis (36) meses. El término "Ingreso no recurrente" se refiere a un ingreso que cualquiera de las personas recibe una vez, sin la expectativa de volver a recibirlo. El término "Otras fuentes de ingreso" se refiere a cualquier otra fuente de ingreso que no haya sido mencionada en este formulario.
8. En la Parte V, Sección C, sobre *Gasto mensual y anual*, la columna de "Alimentistas", se refiere únicamente a los gastos correspondientes a aquellos(as) menores de edad que tienen derecho a la pensión alimentaria en este caso. Es decir, que tales gastos pueden relacionarse específica y directamente con los (las) alimentistas. Los demás gastos se anotarán en la columna de gastos de la familia.
9. Acompañe una copia de los documentos que evidencian la información que se incluye en la planilla. (Véase la parte VI sobre *Anejos*.)
10. Al terminar de completar la planilla y antes de presentar el documento para su juramento, reproduzca dos copias de la planilla completada.
11. El (La) declarante debe firmar la parte del *Juramento* de la planilla ante una persona con autoridad para tomar juramentos en cualquier Secretaría del Tribunal de Primera Instancia o ante un (una) Notario(a). Además, debe escribir sus iniciales en las hojas donde se indique. Entregue la planilla juramentada en la Secretaría del Tribunal de Primera Instancia, notifique a la otra parte con una de las copias de la planilla juramentada y usted conserve una copia.
12. El *Juramento* debe ser completado y firmado por el (la) declarante, independientemente si este (esta) es mayor o menor de edad. Si el (la) declarante es menor de edad y no está emancipado(a), se requiere además, que sea firmado por la persona con patria potestad o el (la) tutor(a) legal de dicho(a) declarante menor de edad. Si está emancipado(a), debe proveer prueba que así lo acredite.

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL GENERAL DE JUSTICIA
Tribunal de Primera Instancia
Sala Superior Municipal de _____

Parte peticionaria demandante

Parte peticionada demandada

Caso Núm. _____

PLANILLA DE INFORMACIÓN PERSONAL Y ECONÓMICA (PIPE)

Nota: Es necesario que antes de comenzar a completar esta planilla, verifique las instrucciones que se proveen en la primera página de este formulario.

I. INFORMACIÓN PERSONAL DEL (DE LA) DECLARANTE

Nombre: _____ Inicial: _____ Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____

Núm. de seguro social¹: _____ Fecha de nacimiento (d/m/a): ____ / ____ / ____ Menor o Mayor de 21 años

Ciudad y país de nacimiento: _____

Núm. de licencia de conducir

<input type="checkbox"/> Núm. de pasaporte o <input type="checkbox"/> Identificación de visado: _____ País que lo expide: _____
--

Dirección postal: _____ Dirección residencial: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfonos: Celular: (____) ____ - ____ Otro: (____) ____ - ____

Grado más alto cursado: 0-6 7-9 10-12 Asociado Bachillerato Maestría o Doctorado

Relación con la otra parte en el caso: Casado(a) - Fecha del matrimonio (d/m/a): _____ Nunca se casó

Divorciado(a) - Fecha del divorcio (d/m/a): _____ Tribunal: _____ Núm. Caso: _____

Notario(a) Núm. Escritura Pública: _____

¿Existe orden de pensión alimentaria? No Sí: Establecida por ASUME Tribunal

Cantidad: \$ _____ Semanal Bisemanal Quincenal Mensual

Fecha de la Orden de pensión alimentaria (d/m/a): _____ Núm. de caso: _____

Estado civil actual: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Relación consensual <input type="checkbox"/> Casado(a) con: _____ <input type="checkbox"/> Capitulaciones matrimoniales: _____ Nombre del (de la) cónyuge <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No
--

II. INFORMACIÓN SOBRE HIJOS(AS) MENORES DE EDAD PROCREADOS(AS) CON LA OTRA PARTE EN ESTE CASO

Nombre y apellidos Núm. de seguro social ¹	Fecha de nacimiento (d/m/a)	Edad	Vive con: (indique el nombre)	Orden de pensión		Cantidad (\$)	Frecuencia (S, BS, Q, M) ²
				Sí	No		

III. INFORMACIÓN SOBRE OTROS(AS) HIJOS(AS) MENORES DE EDAD (EXCLUYA LOS (LAS) MENORES EN ESTE CASO)

Nombre y apellidos Núm. de seguro social ¹	Fecha de nacimiento (d/m/a)	Edad	Vive con: (indique el nombre)	Orden de pensión		Cantidad (\$)	Frecuencia (S, BS, Q, M) ²
				Sí	No		

² S = semanal, BS = bisemanal, Q= quincenal, M= mensual. Véase el número seis (6) en la sección de instrucciones para mejor referencia.

Iniciales: _____

Caso Núm. _____

IV. INFORMACIÓN SOBRE OTRAS PERSONAS QUE VIVEN CON USTED (No incluidos en la parte II y III)

Nombre y apellidos	Fecha de nacimiento (d/m/a)	Edad	Relación con usted	Fuente de ingreso	Ingreso mensual	
					Bruto	Neto

V. SITUACIÓN ECONÓMICA

Indique si está: Empleado(a) Desempleado(a) Por Servicios Profesionales

En licencia sin sueldo, indique el tipo (enfermedad u otra licencia laboral): _____

Ocupación o profesión: _____

Información sobre el patrono:

Nombre: _____

Núm. de seguro social patronal: _____ - Teléfono: () - _____

Dirección postal: _____ Dirección física: _____

Frecuencia de pago de su salario: Semanal Bimensual Quincenal Mensual

A. Detalle del salario mensual (Incluya talonario o certificación patronal). Favor indicar la cantidad mensual.

	Declarante	Cónyuge
Salario bruto mensual.....	\$ _____	\$ _____
Otros ingresos brutos (especifique):		
Ingreso por Servicios Profesionales	_____	_____
Horas extras	_____	_____
Comisiones	_____	_____
Propinas.....	_____	_____
Bonificaciones.....	_____	_____
Profit sharing (repartición de ganancias).....	_____	_____
Car allowance (reembolso de gastos de viaje de automóvil)	_____	_____
Bono de Navidad.....	_____	_____
Ingreso periódico no frecuente ³ :	_____	_____
Ingreso no recurrente ³ :	_____	_____
Ingreso por alquiler (propiedad):	_____	_____
Otras fuentes de ingreso ³ :	_____	_____
Deducciones mandatorias:		
Contribución sobre ingresos.....	_____	_____
Aportaciones a planes de retiro.....	_____	_____
Ahorros (AEELA).....	_____	_____
Seguro Social y Medicare.....	_____	_____
Seguro por incapacidad ELA.....	_____	_____
Cuotas de uniones y asociaciones compulsorias.....	_____	_____
Otras exigidas por Ley: _____	_____	_____
Deducciones aceptadas: (completar encasillado de seguro médico y seguro de vida si el (la) menor o menores son beneficiarios)		
Seguro médico: Indique cuál _____		
<input type="checkbox"/> Pagado por patrono <input type="checkbox"/> Pago directo (Indique cantidad)	_____	_____
Cuotas de uniones y asociaciones voluntarias.....	_____	_____
Plan de retiro voluntario.....	_____	_____
Seguro contra accidentes.....	_____	_____
Seguro de vida.....	_____	_____
Seguro choferil.....	_____	_____
Otras: _____	_____	_____
Salario neto mensual.....	_____	_____

³ Véase el número siete (7) en la sección de instrucciones para mejor referencia.

Iniciales: _____

V. SITUACIÓN ECONÓMICA (Continuación)

D. Propiedades

Bienes muebles. *Incluya para todos los incisos el valor aproximado, según aplique.*

Dinero en efectivo y cuentas bancarias (*de cheque y similares*): \$ _____

	Institución financiera	Núm. de cuenta	Balance
Cuentas de ahorro, certificados de depósito e IRA			
Inversiones (acciones, bonos, fondos mutuos, otras)			
Seguros (indique su valor en efectivo)			

Vehículos de motor, botes, motoras acuáticas, vehículo todo terreno, otros.

Marca	Modelo	Año	Tablilla	Valor	Nombre del (de la) dueño(a)

Créditos a su favor (pagarés, cuentas por cobrar, otros. (*Indique nombre y dirección del (de la) deudor(a)*): _____

Expresar el valor total de los bienes muebles del hogar: _____

Informe si posee animales no domesticables tales como; ganado, caballos, cerdos, aves, otros. _____

Otros bienes muebles con valor individual mayor de \$1,000.00: _____

Bien mueble	Dirección donde se encuentra el bien mueble	Información de la persona que tiene en su posesión el bien mueble:			
		Nombre y apellidos	Dirección	Teléfonos	Núm. de seguro social ¹
				() - () -	- -
				() - () -	- -

Bienes inmuebles (*Especifique la naturaleza del inmueble y la dirección. También especifique los datos de inscripción en el Registro Inmobiliario Digital del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, entiéndase, número de finca, número de libro electrónico de inscripción o diario electrónico de operaciones y número de folio real electrónico; sección del Registro*):

Residencia principal: _____	Valor \$ _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Otros inmuebles: _____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Valor total de las propiedades (muebles e inmuebles) \$

E. Deudas

Acreedor(a) (persona o entidad a la que le debe)	Tipo o propósito de la deuda	Fecha en que se originó la deuda (d/m/a)	Pago mensual	Balance adeudado
<input type="checkbox"/> Quiebra	N/A	N/A	\$	\$
Total del pago mensual y del balance adeudado.....			\$	\$

Caso Núm. _____

VI. ANEJOS

Indique los documentos que se acompañan con esta planilla para evidenciar la información que se incluye en la misma. Si no tiene disponible alguno de los siguientes documentos cuando presente esta planilla en la Secretaría del Tribunal, podrá proveerlo el día de la próxima vista.

- Talonarios (al menos de los últimos seis meses)
- Comprobante de retención sobre ingresos
- Planillas de Contribución sobre Ingresos: _____
- Contratos
- Certificado de: matrimonio nacimiento empleo otros: _____
- Documentos relacionados a casos de quiebras
- Orden del Tribunal sobre: _____
- Sentencia del Tribunal sobre: _____
- Resoluciones del Tribunal sobre: _____
- Declaraciones juradas sobre: _____
- Escrituras
- Otros: _____

JURAMENTO

El juramento debe ser completado y firmado por el (la) declarante, independientemente si este(a) es mayor o menor de edad. Si el (la) declarante es menor de edad y no está emancipado(a), se requiere, además, que sea firmado por la persona con patria potestad o el (la) tutor(a) legal de dicho(a) declarante menor de edad. Si está emancipado(a), debe proveer prueba que así lo acredite. La firma de este juramento debe ser ante una persona con autoridad para la toma de juramentos en cualquier Secretaría del Tribunal de Primera Instancia o ante un (una) Notario(a).

CERTIFICO bajo juramento o afirmación y sujeto(a) a las penalidades para el delito de perjurio, que he completado esta planilla con la mayor exactitud y corrección posible, sin que haya omitido información pertinente sustancial alguna, y que todos los datos ofrecidos en la misma son ciertos.

En _____, Puerto Rico, el _____ de _____ de _____.

(día)

(mes)

(año)

Nombre del (de la) Declarante

Nombre del (de la) Padre, Madre o Tutor(a) Legal, cuando aplique

Firma del (de la) Declarante Legal

Firma del (de la) Padre, Madre o Tutor(a) Legal, cuando aplique

AFIDÁVIT: _____

Jurado y suscrito ante mí por _____ . Identificado(a) conforme a los medios provistos por ley, específicamente _____ .

En _____, Puerto Rico, el _____ de _____ de _____.

(día)

(mes)

(año)

Nombre del (de la) Notario(a)

Firma del (de la) Notario(a)

Nombre del (de la) Secretario(a) Regional

Por:

Nombre del (de la) Secretario(a) Auxiliar del Tribunal

Firma del (de la) Secretario(a) Auxiliar del Tribunal

La Ley Núm. 243-2006, Ley de la Política Pública sobre el Uso del Número de Seguro Social como Verificación de Identidad, faculta al Tribunal General de Justicia a solicitar el número de seguro social en sus formularios, modelos y otros documentos oficiales con el propósito de verificación de identidad, hacer contrarreferencia con la información disponible y uniformar los procedimientos de intercambio de datos. En este formulario se exige el número de Seguro Social en virtud de lo dispuesto en la Ley Núm. 5 de 30 de diciembre de 1986, según enmendada, conocida como Ley Orgánica de la Administración para el Sustento de Menores. Esta información no se utilizará como número de caso, querrela o empleado(a), ni en el epígrafe de documentos que genere el Poder Judicial. Medidas preventivas están establecidas para asegurar su confidencialidad.

Iniciales: _____