Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL GENERAL DE JUSTICIA
TRIBUNAL DE PRIMERA INSTANCIA
SALA SUPERIOR _____

INFORME DE CUENTAS DE TUTELA

I. Información Personal del (de la) Tutor(a) y del (de la) Menor o Incapaz

A. Nombre del (de la) Tutor(a):

_____ _____ _____
Apellido paterno *Apellido materno* *Nombre*

B. Nombre del (de la) Menor o Incapaz:

_____ _____ _____
Apellido paterno *Apellido materno* *Nombre*

B. ¿Ha cambiado su dirección residencial? ❒ Sí ❒ No De ser Sí, indique la nueva dirección.

II. Información Económica del (de la) Menor o Incapaz – Especifique el tipo de ingreso que recibe el (la) menor o incapaz y la cantidad mensual (si aplica).

Entidad o Agencia	Cantidad	Entidad o Agencia	Cantidad
❒ A. C. A. A.		❒ Rehabilitación Vocacional	
❒ Ayuda familiar		❒ Rentas	
❒ Compensación por Desempleo		❒ Retiro	
❒ Departamento de la Familia (P.A.N.)		❒ Seguro Social	
❒ Fondo del Seguro del Estado		❒ Veterano	
❒ Pensión Alimentaria		❒ Otros:	

III. ¿A los ingresos del (de la) menor o incapaz se le realiza alguna deducción? ❒ Sí ❒ No En caso de ser Sí, explique y detalle las cantidades que se le deducen.

IV. Gastos Mensuales del (de la) Menor o Incapaz (a menos que se indique otra frecuencia)

- ❒ Renta o hipoteca (Incluye la totalidad del gasto en el que se incurre para pagar el lugar donde reside el (la) menor o incapaz. $ _____
- ❒ Mantenimiento (Sólo aplica a apartamentos y urbanizaciones con acceso controlado). $ _____
- ❒ Transportación Pública $ _____
- ❒ Ambulancia $ _____
- ❒ Agua $ _____
- ❒ Gas $ _____
- ❒ Luz $ _____
- ❒ Teléfono $ _____
- ❒ Gasolina $ _____
- ❒ Compra de alimentos $ _____
- ❒ Compra de ropa, zapatos $ _____
- ❒ Tintorería (laundry) $ _____
- ❒ Lavandería $ _____
- ❒ Efectos personales $ _____
- ❒ Barbería o salón de belleza $ _____
- ❒ Entretenimiento (Televisión por cable, Satélite, renta de película en video, otros.) $ _____
- ❒ Cuido $ _____
- ❒ Préstamos (auto, financiera, otros.) $ _____
- ❒ Otros: _____ $ _____

V. Gastos de Salud del (de la) Menor o Incapaz

A. ¿Tiene plan médico el (la) menor o incapaz? ❒ Sí ❒ No. En caso de ser Sí, provea la información siguiente:

_____ _____ $ _____
Nombre del (de la) Asegurado(a) Principal *Nombre de la entidad aseguradora* *Costo Mensual*

V. Gastos de Salud del (de la) Menor o Incapaz (*continuación*)

B. Desglose los gastos del (de la) menor o incapaz en los siguientes renglones:

Deducibles	**Mensual**	**Anual**
❒ Visitas a médicos	$_____	$_____
❒ Laboratorios	$_____	$_____
❒ Medicinas	$_____	$_____
❒ Estudios (radiografías, sonogramas, otros)	$_____	$_____
❒ Terapias	$_____	$_____
❒ Equipos ortopédicos	$_____	$_____
❒ Dental (ortodoncia, otros)	$_____	$_____
❒ Profesionales de la salud mental	$_____	$_____
❒ Otros: _____	$_____	$_____

VI. Gastos Educativos del (de la) Menor o Incapaz

A. Nombre y Dirección de la escuela o colegio donde estudia el (la) menor o incapaz (si aplica). ❒ No Aplica.

_____ _____

Nombre de la escuela o colegio _____

Dirección

B. Desglose los gastos que incurre en la educación del (de la) menor o incapaz (si aplica):

	Mensual	**Anual**
❒ Matrícula.....	$_____	$_____
❒ Mensualidad.....	$_____	$_____
❒ Libros.....	$_____	$_____
❒ Uniformes.....	$_____	$_____
❒ Calzado.....	$_____	$_____
❒ Efectos escolares.....	$_____	$_____
❒ Tutorías.....	$_____	$_____
❒ Estudios supervisados.....	$_____	$_____
❒ Cuido extendido.....	$_____	$_____
❒ Transportación escolar.....	$_____	$_____

C. Informe si el (la) menor o incapaz realiza alguna actividad extracurricular o practica algún deporte o disciplina, e indique el costo del mismo (si aplica). ❒ No Aplica.

Deporte o Disciplina: _____ Costo: $_____

VII. Bienes del (de la) Menor o Incapaz

A. ¿Hubo algún cambio en el inventario de bienes del (de la) menor o incapaz? ❒ Sí ❒ No. En caso de ser Sí, especifique.

VIII. Anejos

Incluya con este informe copia de todos los documentos que sustenten la información provista, tales como:

- ❒ Acta de nacimiento o defunción
- ❒ Recibos
- ❒ Pólizas de seguro
- ❒ Otros: _____
- ❒ Pagarés
- ❒ Talonarios o copias de cheques
- ❒ Facturas

Certifico que toda la información adjunta es fiel y correcta.

_____	_____	_____
Nombre Testigo	*Firma del (de la) Tutor(a)*	*Fecha (d/m/a)*
_____	_____	_____
Firma del (de la) Testigo	*Dirección del (de la) Testigo*	*Fecha (d/m/a)*