

## 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. 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 VI, Sección A, sobre *Detalle de salario individual*, 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 VI, Sección A, sobre *Detalle de salario individual*, 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 VI, 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. No escriba en los espacios que se identifican con xxxxxxxx.
9. Acompañe una copia de los documentos que evidencian la información que se incluye en la planilla. (Véase la parte VII 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. Entrega la planilla juramentada en la Secretaría del Tribunal de Primera Instancia, notifique a la otra parte 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

CIVIL 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 social<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (d/m/a): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  Menor o  Mayor de 21 años

Ciudad y país de nacimiento: \_\_\_\_\_

Núm. de licencia de conducir: \_\_\_\_\_  Núm. de pasaporte o  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: \_\_\_\_\_

¿Existe orden de pensión alimentaria?  No  Sí: Establecida en  ASUME  Tribunal de \_\_\_\_\_

Cantidad: \$ \_\_\_\_\_  Semanal  Bisemanal  Quincenal  Mensual

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

Estado civil actual:  Soltero(a)  Relación consensual  Capitulaciones matrimoniales:

Casado(a) con: \_\_\_\_\_  Sí /  No  
 Nombre del (de la) cónyuge

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

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

**III. INFORMACIÓN SOBRE OTROS(S) MENORES DE EDAD QUE VIVEN CON USTED (Excluya los (las) menores en este caso)**

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

<sup>2</sup> S = semanal, BS = bisemanal, Q= quincenal, M= mensual

**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. INFORMACIÓN SOBRE ASISTENCIA ECONÓMICA (No incluidos en el Programa de Asistencia Nutricional del Departamento de la Familia)**

He solicitado asistencia económica al Departamento de la Familia el \_\_\_\_\_ (d/m/a)  
 Bajo qué nombre: \_\_\_\_\_  Recibo  Ya no recibo

**VI. SITUACIÓN ECONÓMICA**

Indique si está:  Empleado(a)  Desempleado(a)  En licencia sin sueldo  
 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  Bisemanal  Quincenal  Mensual

**A. Detalle del salario individual (Incluya talonario o certificación patronal. Identifique la información en base mensual)**

	Declarante	Cónyuge
Salario bruto.....	\$ _____	\$ _____
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:		
Seguro médico.....	_____	_____
Cuotas de uniones y asociaciones voluntarias.....	_____	_____
Plan de retiro voluntario.....	_____	_____
Seguro contra accidentes.....	_____	_____
Seguro de vida.....	_____	_____
Seguro choferil.....	_____	_____
Otras: _____	_____	_____
Otros ingresos brutos (especifique):		
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 <sup>3</sup> : _____	_____	_____
Ingreso no recurrente <sup>3</sup> : _____	_____	_____
Otras fuentes de ingreso <sup>2</sup> : _____	_____	_____

<sup>3</sup> Véase el número seis (6) en la sección de instrucciones para mejor referencia.

VI. SITUACIÓN ECONÓMICA (Continuación)

B. Detalle las fuentes de ingreso familiar (Especifique fuente y cuantía de todos los beneficios recibidos en su núcleo familiar que no fueron informados en la sección sobre Detalle de salario individual.)

	Declarante	Cónyuge
<input type="checkbox"/> Compensación por desempleo.....	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional.....	_____	_____
<input type="checkbox"/> Departamento de la Familia (TANF).....	_____	_____
<input type="checkbox"/> Pensiones		
<input type="checkbox"/> Seguro Social.....	_____	_____
<input type="checkbox"/> Veteranos.....	_____	_____
<input type="checkbox"/> Fondo del Seguro del Estado.....	_____	_____
<input type="checkbox"/> Retiro.....	_____	_____
<input type="checkbox"/> Gobierno Federal.....	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otras pensiones (Especifique)	_____	_____
_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otros ingresos (Especifique)	_____	_____
_____	_____	_____

C. Gasto mensual y anual: (Indique el total de cada partida de gastos, según se requiere. No escriba en los espacios marcados con: xxxxxxxx.)

Gasto	Familia		Alimentistas		Gasto	Familia		Alimentistas	
	Mensual	Anual	Mensual	Anual		Mensual	Anual	Mensual	Anual
1. Vivienda	xxxxxxx	xxxxxxx	xxxxxxx	xxxxxxx	14. Seguros	xxxxxxx	xxxxxxx	xxxxxxx	xxxxxxx
Alquiler o aportación Mens.	\$	\$	xxxxxxx	xxxxxxx	De vida	\$	\$	xxxxxxx	xxxxxxx
Hipoteca	\$	\$	xxxxxxx	xxxxxxx	Hipoteca	\$	\$	\$	\$
Cuota de mantenimiento	\$	\$	xxxxxxx	xxxxxxx	Automóvil	\$	\$	\$	\$
2. Gas	\$	\$	xxxxxxx	xxxxxxx	Otros:	\$	\$	\$	\$
3. Energía eléctrica	\$	\$	xxxxxxx	xxxxxxx	15. Cuotas: profesionales, uniones, federaciones y Asoc.	\$	\$	\$	\$
4. Agua	\$	\$	xxxxxxx	xxxxxxx	16. Educación	xxxxxxx	xxxxxxx	xxxxxxx	xxxxxxx
5. Teléfono	\$	\$	\$	\$	Matrícula	\$	\$	\$	\$
6. Celular	\$	\$	\$	\$	Uniformes	\$	\$	\$	\$
7. Internet	\$	\$	\$	\$	Libros	\$	\$	\$	\$
8. Contribuciones sobre ingresos	\$	\$	xxxxxxx	xxxxxxx	Cuotas	\$	\$	\$	\$
9. Contribuciones sobre la propiedad (CRIM)	\$	\$	xxxxxxx	xxxxxxx	Materiales escolares	\$	\$	\$	\$
10. Alimentos	xxxxxxx	xxxxxxx	xxxxxxx	xxxxxxx	Mensualidades	\$	\$	\$	\$
En el hogar	\$	\$	\$	\$	Estudios supervisados y tutorías	\$	\$	\$	\$
Fuera del hogar	\$	\$	\$	\$	Transportación	\$	\$	\$	\$
11. Ropa	xxxxxxx	xxxxxxx	xxxxxxx	xxxxxxx	Hospedaje (universitarios(as))	\$	\$	\$	\$
Compra de ropa	\$	\$	\$	\$	Gastos extracurriculares	\$	\$	\$	\$
Tintorería (laundry)	\$	\$	\$	\$	Otros gastos de educación	\$	\$	\$	\$
Lavandería	\$	\$	\$	\$	17. Cuido de hijos	xxxxxxx	xxxxxxx	xxxxxxx	xxxxxxx
12. Entretenimiento	xxxxxxx	xxxxxxx	xxxxxxx	xxxxxxx	Cuido extendido	\$	\$	\$	\$
Televisión por cable o satélite	\$	\$	\$	\$	Campamentos	\$	\$	\$	\$
Otros entretenimientos	\$	\$	\$	\$	18. Transportación	xxxxxxx	xxxxxxx	xxxxxxx	xxxxxxx
13. Salud	xxxxxxx	xxxxxxx	xxxxxxx	xxxxxxx	Préstamo de automóvil	\$	\$	\$	\$
Visitas al médico	\$	\$	\$	\$	Mantenimiento del automóvil	\$	\$	\$	\$
Seguro médico	\$	\$	\$	\$	Estacionamiento	\$	\$	\$	\$
Deducibles	\$	\$	\$	\$	Transportación pública	\$	\$	\$	\$
Deducibles recurrentes	\$	\$	\$	\$	Peaje	\$	\$	xxxxxxx	xxxxxxx
Laboratorios	\$	\$	\$	\$	Gasolina	\$	\$	xxxxxxx	xxxxxxx
Medicinas	\$	\$	\$	\$	19. Barbería / Salón de belleza	\$	\$	\$	\$
Dental	\$	\$	\$	\$	20. Otros pagos de pensiones	\$	\$	\$	\$
Visual	\$	\$	\$	\$	21. Otros gastos:	xxxxxxx	xxxxxxx	xxxxxxx	xxxxxxx
Emocional	\$	\$	\$	\$		\$	\$	\$	\$
Terapias	\$	\$	\$	\$		\$	\$	\$	\$
Ortopedia	\$	\$	\$	\$		\$	\$	\$	\$
Otros:	\$	\$	\$	\$		\$	\$	\$	\$

VI. SITUACIÓN ECONÓMICA (Continuación)

D. Propiedades

Bienes muebles (Incluya para todos los incisos el valor aproximado, según aplique. Además, para los incisos uno (1) al cuatro (4), indique el nombre de la institución financiera, el número de cuenta bancaria o de inversión, a qué fecha se determinó el balance, según aplique):

Balance de dinero en efectivo (fuera de cuentas bancarias) y balance en cuentas bancarias (de cheque y similares):

1. Cuentas de ahorro, certificados de depósito e IRA: \_\_\_\_\_
2. Inversiones (acciones, bonos, etc.): \_\_\_\_\_
3. Seguros (Indique su valor en efectivo): \_\_\_\_\_
4. Vehículos de motor, botes, motoras, motoras acuáticas, vehículos todo terreno, etc. (Especifique marca, modelo, año, valor, tablilla y nombre del dueño.): \_\_\_\_\_
5. Créditos a su favor (pagarés, cuentas por cobrar, etc. (Indique nombre y dirección del (de la) deudor(a): \_\_\_\_\_
6. Exprese el valor total de los bienes muebles del hogar: \_\_\_\_\_
7. Informe si posee animales no domesticables tales como; ganado, caballos, cerdos, aves, etc. \_\_\_\_\_
8. 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 <sup>1</sup>
				( ) - ( ) -	- -
				( ) - ( ) -	- -

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):

	Valor
Residencia principal: _____	\$ _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Otros inmuebles: _____	_____
_____	_____
_____	_____
Valor total de las propiedades (muebles e inmuebles).....	\$ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 20px;"> </span>

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.....			\$	\$

VII. 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

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, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre del (de la) Declarante

\_\_\_\_\_  
Nombre del (de la) Padre, Madre o Tutor(a) Legal

\_\_\_\_\_  
Firma del (de la) Declarante Legal

\_\_\_\_\_  
Firma del (de la) Padre, Madre o Tutor(a)

AFIDÁVIT: \_\_\_\_\_

Jurado y suscrito ante mi por \_\_\_\_\_  
conforme a los medios provistos por ley, específicamente \_\_\_\_\_.

En \_\_\_\_\_, Puerto Rico, el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre del (de la) Notario(a)

\_\_\_\_\_  
Firma del (de la) Notario(a)

Por:

\_\_\_\_\_  
Nombre del Secretario(a) Regional

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

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

<sup>1</sup> 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 contra referencia 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 la Rama Judicial. Medidas preventivas están establecidas para asegurar su confidencialidad.