



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):		B. Nombre del (de la) Menor o Incapaz:	
_____	_____	_____	_____
<i>Apellido paterno</i>	<i>Apellido materno</i>	<i>Nombre</i>	<i>Nombre</i>
B. ¿Ha cambiado su dirección residencial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> A. C. A. A.		<input type="checkbox"/> Rehabilitación Vocacional	
<input type="checkbox"/> Ayuda familiar		<input type="checkbox"/> Rentas	
<input type="checkbox"/> Compensación por Desempleo		<input type="checkbox"/> Retiro	
<input type="checkbox"/> Departamento de la Familia (P.A.N.)		<input type="checkbox"/> Seguro Social	
<input type="checkbox"/> Fondo del Seguro del Estado		<input type="checkbox"/> Veterano	
<input type="checkbox"/> Pensión Alimentaria		<input type="checkbox"/> Otros:	
III. ¿A los ingresos del (de la) menor o incapaz se le realiza alguna deducción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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)			
<input type="checkbox"/> Renta o hipoteca (Incluye la totalidad del gasto en el que se incurre para pagar el lugar donde reside el (la) menor o incapaz. \$ _____) <input type="checkbox"/> Mantenimiento (Sólo aplica a apartamentos y urbanizaciones con acceso controlado). \$ _____ <input type="checkbox"/> Transportación Pública \$ _____ <input type="checkbox"/> Ambulancia \$ _____ <input type="checkbox"/> Agua \$ _____ <input type="checkbox"/> Gas \$ _____ <input type="checkbox"/> Luz \$ _____ <input type="checkbox"/> Teléfono \$ _____	<input type="checkbox"/> Gasolina \$ _____ <input type="checkbox"/> Compra de alimentos \$ _____ <input type="checkbox"/> Compra de ropa, zapatos \$ _____ <input type="checkbox"/> Tintorería (laundry) \$ _____ <input type="checkbox"/> Lavandería \$ _____ <input type="checkbox"/> Efectos personales \$ _____ <input type="checkbox"/> Barbería o salón de belleza \$ _____ <input type="checkbox"/> Entretenimiento (Televisión por cable, Satélite, renta de película en video, otros.) \$ _____ <input type="checkbox"/> Cuido \$ _____ <input type="checkbox"/> Préstamos (auto, financiera, otros.) \$ _____ <input type="checkbox"/> Otros: _____ \$ _____		
V. Gastos de Salud del (de la) Menor o Incapaz			
A. ¿Tiene plan médico el (la) menor o incapaz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. En caso de ser Sí, provea la información siguiente:			
_____	_____	\$ _____	
<i>Nombre del (de la) Asegurado(a) Principal</i>	<i>Nombre de la entidad aseguradora</i>	<i>Costo Mensual</i>	

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
<input type="checkbox"/> Visitas a médicos	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Laboratorios	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Medicinas	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Estudios (radiografías, sonogramas, otros)	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Terapias	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Equipos ortopédicos	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Dental (ortodoncia, otros)	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Profesionales de la salud mental	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Matrícula.....	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Mensualidad.....	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Libros.....	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Uniformes.....	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Calzado.....	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Efectos escolares.....	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Tutorías.....	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Estudios supervisados.....	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Cuido extendido.....	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> 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:

<input type="checkbox"/> Acta de nacimiento o defunción	<input type="checkbox"/> Pagars
<input type="checkbox"/> Recibos	<input type="checkbox"/> Talonarios o copias de cheques
<input type="checkbox"/> Pólizas de seguro	<input type="checkbox"/> Facturas
<input type="checkbox"/> Otros: _____	

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)