

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

Caso Número: _____

INFORME DE CUENTAS DE TUTELA

Periodo que cubre el Informe
 De _____ de _____ de _____ a _____ de _____ de _____

Instrucciones:

- Complete este formulario en todas sus partes.
- Aneje los documentos que sustenten la información provista.
- Los recibos, cheques, talonarios, pagarés, facturas y demás documentos deberán estar organizados.
- También deberá presentar la documentación donde se le concede la autorización judicial para efectuar actos sobre los bienes del (de la) menor o incapaz.
- Especifique la frecuencia de los gastos o ingresos que indica el informe: (mensual, anual).
- Recuerde que este informe debe estar juramentado.
- Mientras mantenga la Tutela, presente este informe al Tribunal, todos los años.

A. Información Personal del (de la) tutor(a) y del (de la) menor o incapaz

1. Nombre del (de la) tutor(a):			2. Nombre del (de la) menor o incapaz:		
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre

3. ¿Ha cambiado la dirección residencial el (la) tutor(a) el (la) menor? De ser así, indique la nueva dirección.

.....

.....

.....

B. Información económica del (de la) menor o incapaz – Especifique el tipo de ingreso que recibe el (la) menor o incapaz y la cantidad mensual y anual (si aplica).

Entidad o Agencia	Cantidad	
	Mensual	Anual
<input type="checkbox"/> ACAA	\$	\$
<input type="checkbox"/> Ayuda familiar		
<input type="checkbox"/> Compensación por desempleo		
<input type="checkbox"/> Departamento de la Familia (PAN)		
<input type="checkbox"/> Fondo del Seguro del Estado		
<input type="checkbox"/> Pensión alimentaria		
<input type="checkbox"/> Rehabilitación vocacional		
<input type="checkbox"/> Rentas		
<input type="checkbox"/> Retiro		
<input type="checkbox"/> Seguro Social		
<input type="checkbox"/> Veterano		
<input type="checkbox"/> Otros:		
Total	\$	\$

C. ¿Los ingresos del (de la) menor o incapaz están sujetos a deducción? Sí No
 Si contestó Sí, especifique las cantidades que se deducen.

.....

.....

.....

.....

D. Gastos del (de la) menor o incapaz (indique la cantidad mensual y anual, si aplica)		
Tipo de gasto	Cantidad	
	Mensual	Anual
<input type="checkbox"/> Renta o hipoteca (incluye la totalidad de los gastos incurridos para pagar el lugar donde reside el (la) menor o incapaz)	\$	\$
<input type="checkbox"/> Mantenimiento (solo aplica a apartamentos y urbanizaciones de acceso controlado)		
<input type="checkbox"/> Transportación pública		
<input type="checkbox"/> Ambulancia		
<input type="checkbox"/> Agua		
<input type="checkbox"/> Luz		
<input type="checkbox"/> Gas		
<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 películas, entre otros)		
<input type="checkbox"/> Cuido		
<input type="checkbox"/> Préstamos (auto, financiera, otros)		
<input type="checkbox"/> Póliza de seguro		
<input type="checkbox"/> Honorarios del (de la) Tutor, autorizados por el Tribunal		
<input type="checkbox"/> Otros: _____		
Total	\$	\$

E. Gastos de salud del (de la) menor o incapaz		
1. ¿Tiene plan médico el (la) menor o incapaz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. Si contestó Sí, provea la siguiente información:		
Nombre del (de la) Asegurado(a) Principal _____	Nombre de la entidad aseguradora _____	\$ Costo Mensual _____
2. Desglose los gastos de salud 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"/> Medicamentos		
<input type="checkbox"/> Estudios (radiografías, sonogramas, otros)		
<input type="checkbox"/> Terapias		
<input type="checkbox"/> Equipos ortopédicos		
<input type="checkbox"/> Cuidado dental (ortodoncia, otros)		
<input type="checkbox"/> Profesionales de la salud mental		
<input type="checkbox"/> Otros: _____		
Total	\$	\$

F. Gastos educativos del (de la) menor o incapaz	
1. Nombre y dirección de la escuela, instituto o colegio donde estudia el (la) menor o incapaz (si aplica). <input type="checkbox"/> No aplica.	
Nombre de la escuela, instituto o colegio _____	Dirección: _____
_____	_____
_____	_____

2. Desglose los gastos que incurre en la educación del (de la) menor o incapaz (si aplica):		
Gastos	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		
<input type="checkbox"/> Otros:		
Total	\$	\$

3. Informe si el (la) menor o incapaz realiza alguna actividad extracurricular o practica algún deporte o disciplina, e indique el costo mensual y anual (si aplica). No Aplica.

	Mensual	Anual
_____ <i>Deporte, Disciplina o Actividad extracurricular</i>	Costo: \$ _____	_____

G. Bienes del (de la) menor o incapaz

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

H. Anejos

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

- Acta de nacimiento o defunción (si aplica)
- Recibos
- Pólizas de seguro
- Pagarés
- Talonarios o copias de cheques
- Facturas
- Otros: _____

JURAMENTO

Yo, _____ mayor de edad,
 casado(a), soltero(a), de ocupación _____
y residente en _____ bajo juramento declaro que:

1. Mi nombre y circunstancias personales son las indicadas anteriormente.
2. Soy el (la) Tutor(a) en el presente caso.
3. Toda la información suministrada en este documento es cierta por constarme de propio y personal conocimiento.

En _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de _____.

Firma del (de la) Tutor(a)

AFIDÁVIT

Afidávit número: _____

Jurado y suscrito ante mí por _____,
el (la) Tutor(a) antes mencionado(a) y cuya identidad ha sido acreditada conforme a los
mecanismos de ley, mediante _____ número _____.
tipo de identificación

En _____ Puerto Rico, hoy _____ de _____ de _____.

Por: _____

*Nombre del (de la) Notario(a) o
Secretario(a) Regional*

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

Firma del (de la) Notario(a)

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