

Rodzic niesprawujący opieki:  
 Rodzic sprawujący opiekę  
 Identyfikator(y) sprawy w stanie Nowy Jork:

Data:

### Oświadczenie o dochodach netto

Ja, \_\_\_\_\_, będąc należycie zaprzysiężonym(-ą), przysięgam, że poniższe oświadczenie jest dokładnym zestawieniem moich dochodów, odliczeń, wydatków, informacji o ubezpieczeniu zdrowotnym, informacji o pracodawcy oraz informacji o adresie zamieszkania:

#### Używać tylko czarnego tuszu

1. Czy złożył(a) Pan/Pani federalne zeznanie podatkowe za rok podatkowy **2021**?  Tak  Nie

**Jeśli „Tak”**, proszę podać swój „Całkowity dochód” zgodnie z federalnym zeznaniem podatkowym za rok **2021**:

Kopia następujących dokumentów: Formularz IRS 1040 za rok **2021**, wiersz 9, który zawiera każdą kwotę z Załącznika 1, wiersz 10

1. \_\_\_\_\_

**Jeśli „Nie”**, należy obliczyć swój „Całkowity dochód” za rok **2021** tak, jak powinien być wykazany w federalnym zeznaniu podatkowym, wypełniając poniższe pola (jeśli brak, wpisać „0”):

1. Wynagrodzenia, pensje, napiwki itp. \_\_\_\_\_
2. Odsetki podlegające opodatkowaniu: \_\_\_\_\_
3. Dywidendy zwykłe \_\_\_\_\_
4. Podlegające opodatkowaniu zwroty, kredyty lub odliczenia podatków stanowych i lokalnych \_\_\_\_\_
5. Otrzymane alimenty \_\_\_\_\_
6. Dochód lub (strata) z działalności gospodarczej \_\_\_\_\_
7. Zyski lub (straty) kapitałowe \_\_\_\_\_
8. Pozostałe zyski lub (straty) \_\_\_\_\_
9. Podlegająca opodatkowaniu kwota wypłat z IRA \_\_\_\_\_
10. Podlegająca opodatkowaniu kwota emerytur i rent \_\_\_\_\_
11. Nieruchomości do wynajęcia, tantiemy, spółki osobowe, korporacje, trusty itp. \_\_\_\_\_
12. Dochód lub (strata) z działalności gospodarczej rolniczej \_\_\_\_\_
13. Zasiłek dla bezrobotnych \_\_\_\_\_
14. Kwota podlegająca opodatkowaniu świadczeń z ubezpieczenia społecznego \_\_\_\_\_
15. Inny dochód [proszę określić] \_\_\_\_\_

Ogółem (dodać wiersze 1–15) 1a \_\_\_\_\_

2. W przypadku dochodów z **2021** roku proszę podać kwotę w dolarach dla każdego z następujących rodzajów dochodów, jeśli takie istnieją, które nie zostały uwzględnione w pkt. 1 lub 1a powyżej (jeśli wszystkie takie dochody były wliczone lub w razie braku jakichkolwiek tego typu dochodów proszę zaznaczyć wybór w odpowiednim polu)

Typ dochodu	Kwota nieuwzględniona powyżej	Wszystko uwzględniono powyżej	Nie otrzymano żadnego
a. Dochody z inwestycji (pomniejszone o kwotę wydatkowaną)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Świadczenia odroczone	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Odszkodowanie pracownicze	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Świadczenia dla osób niepełnosprawnych	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Świadczenia z tytułu ubezpieczenia od bezrobocia	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Świadczenia z ubezpieczenia społecznego	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Świadczenia kombatanckie	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Emerytury i świadczenia emerytalne	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Stypendia	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Wypłaty rent	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ogółem (dodać wiersze a–j) 2. \_\_\_\_\_

3. Czy w jakimkolwiek momencie w roku **2021** był(a) Pan/Pani osobą prowadzącą działalność na własny rachunek?  
 Tak  Nie (przejdź do pytania 4)

**Jeśli „Tak”, proszę wskazać** w dolarach kwotę odliczeń z tytułu samozatrudnienia dokonanych w **2021** roku w następujących przypadkach:

- a. Odliczenie amortyzacji większe niż amortyzacja obliczona metodą liniową dla celów określenia dochodu firmy lub kredytów inwestycyjnych (jeśli brak, wpisać „0”) 3a. \_\_\_\_\_
- b. Dodatki na rozrywkę i podróże odliczane od dochodu z działalności gospodarczej w zakresie, w jakim dodatki te zmniejszały wydatki osobiste (jeżeli brak, wpisać „0”) 3b. \_\_\_\_\_

4. Czy był(a) Pan/Pani zatrudniony(-a) lub otrzymywał(a) wynagrodzenie od korporacji, korporacji S, spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, spółki osobowej, spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, jednoosobowej działalności gospodarczej lub innego podmiotu gospodarczego w dowolnym momencie w roku **2021**?  
 Tak  Nie (przejdź do pytania 5)

**Jeśli „Tak”, proszę podać kwotę** w dolarach dodatków i świadczeń dodatkowych otrzymywanych w ramach wynagrodzenia za pracę:

- a. Posiłki, zakwaterowanie, członkostwo, samochody lub inne korzyści w zakresie, w jakim stanowią wydatki do użytku osobistego lub które bezpośrednio lub pośrednio przynoszą osobiste korzyści ekonomiczne (jeśli brak, wpisać „0”) 4a. \_\_\_\_\_
- b. Świadczenia dodatkowe (jeśli brak, wpisać „0”) 4b. \_\_\_\_\_

5. Proszę wskazać kwotę w dolarach pieniędzy, towarów lub usług dostarczonych przez krewnych i przyjaciół w ciągu **2021** roku (jeśli brak, wpisać „0”):

- a. Pieniądze \_\_\_\_\_
- b. Towary \_\_\_\_\_
- c. Usługi \_\_\_\_\_

Ogółem (dodać wiersze a–c) 5. \_\_\_\_\_

6. Proszę wskazać aktualną wartość w dolarach aktywów nie przynoszących dochodu (jeśli brak, wpisać „0”):

- a. Domy/Budynki \_\_\_\_\_
- b. Grunty \_\_\_\_\_
- c. Pojazdy \_\_\_\_\_
- d. Łodzie \_\_\_\_\_
- e. Pojazdy kempingowe \_\_\_\_\_
- f. Kampery/Przyczepy \_\_\_\_\_
- g. Motocykle \_\_\_\_\_
- h. Skutery śnieżne \_\_\_\_\_
- i. Kolekcja monet, znaczków, dzieł sztuki \_\_\_\_\_
- j. Biżuteria \_\_\_\_\_
- k. Inne aktywa \_\_\_\_\_

Ogółem (dodać wiersze a–k) 6. \_\_\_\_\_

7. Proszę wymienić poniżej rodzaj i wartość w dolarach wszelkich aktywów przeniesionych w ciągu ostatnich trzech (3) lat (**Proszę wpisać drukowanymi literami** – w razie potrzeby dołączyć dodatkowe strony):
8. Proszę wskazać kwotę, jeśli dotyczy, następujących wydatków, płatności lub dochodów, które zostały poniesione, zapłacone lub otrzymane w roku **2021** (jeśli brak, wpisać „0”):
- Niezwrócone wydatki służbowe pracownika z wyjątkiem zakresu, w jakim te wydatki pomniejszają wydatki osobiste \_\_\_\_\_
  - Alimenty lub świadczenia alimentacyjne faktycznie wypłacane małżonkowi, który nie jest stroną w niniejszym postępowaniu (przedstawić kopię nakazu sądowego lub zawartej w sposób ważny pisemnej umowy) \_\_\_\_\_
  - Alimenty lub świadczenia alimentacyjne faktycznie wypłacane małżonkowi, który jest stroną w niniejszym postępowaniu (przedstawić kopię nakazu sądowego lub zawartej w sposób ważny pisemnej umowy) \_\_\_\_\_
  - Alimenty na rzecz dzieci faktycznie zapłacone w imieniu każdego dziecka, które nie jest objęte niniejszym postępowaniem (przedstawić kopię nakazu sądowego lub zawartej w sposób ważny pisemnej umowy oraz dowód płatności) \_\_\_\_\_
  - Podatki dochodowe miasta Nowy Jork lub Yonkers lub podatki od zarobków faktycznie zapłacone \_\_\_\_\_
  - Faktycznie zapłacone podatki z tytułu federalnej ustawy o składkach na ubezpieczenie (Federal Insurance Contributions Act, FICA) \_\_\_\_\_
- Ogółem (dodać wiersze a–f) 8. \_\_\_\_\_
9. Proszę wymienić swoje obecne źródła dochodów. (**Proszę wpisać drukowanymi literami** – w razie potrzeby załączyć dodatkowe strony):
- Zatrudnienie (nazwa, adres i numer telefonu każdego obecnego pracodawcy):  
  
Wynagrodzenie brutto (przed potrąceniem) \_\_\_\_\_ USD  
( /godz.  /dzień  /tydzień  /rok)
  - Inne bieżące źródła dochodów:  
  
Typ \_\_\_\_\_  
  
Kwota dochodu \_\_\_\_\_ USD  
( /godz.  /dzień  /tydzień  /rok)
10. Czy Pana/Pani dzieci, których dotyczy nakaz sądowy, są objęte ubezpieczeniem zdrowotnym zapewnianym przez pracodawcę lub jakąkolwiek organizację, np. związek zawodowy?
- Tak**, moje dzieci są obecnie zapisane do planu ubezpieczenia zdrowotnego oferowanego przez mojego pracodawcę lub organizację:  
Towarzystwo ubezpieczeniowe \_\_\_\_\_  
**(Proszę wpisać drukowanymi literami)**  
  
Adres towarzystwa ubezpieczeniowego \_\_\_\_\_  
**(Proszę wpisać drukowanymi literami)**  
  
Numer planu \_\_\_\_\_ Numer polisy \_\_\_\_\_  
  
Typ ubezpieczenia \_\_\_\_\_
- Nie**. Chociaż ubezpieczenie zdrowotne dla moich dzieci **jest oferowane przez** mojego pracodawcę lub moją organizację, nie są one obecnie zapisane.

- Nie.** Ubezpieczenie zdrowotne dla moich dzieci **nie jest oferowane przez** mojego pracodawcę lub moją organizację.
- Nie.** Nie jestem obecnie zatrudniony(-a).

11. W razie zmiany pracodawcy lub źródła dochodu w ciągu ostatniego roku proszę wymienić poprzednich pracodawców i źródła dochodu (**Proszę wpisać drukowanymi literami** – w razie potrzeby załączyć dodatkowe strony):

a. Poprzednie zatrudnienie (nazwa, adres i numer telefonu każdego obecnego pracodawcy):

Wynagrodzenie brutto (przed potrąceniem) \_\_\_\_\_ USD  
( /godz.  /dzień  /tydzień  /rok)

b. Inne poprzednie źródła dochodu:

Typ \_\_\_\_\_

Kwota dochodu \_\_\_\_\_ USD  
( /godz.  /dzień  /tydzień  /rok)

12. Proszę podać wydatki na opiekę nad dzieckiem oraz wydatki na edukację dziecka (dzieci), jeśli takie są (**Proszę wpisać drukowanymi literami** i załączyć dokumenty potwierdzające, np. kopie rachunków lub list od dostawcy usług opieki nad dzieckiem):

a. Opieka nad dziećmi w czasie, gdy strona sprawująca opiekę nad dzieckiem jest zatrudniona lub otrzymuje wykształcenie podstawowe, średnie lub wyższe albo odbywa szkolenie zawodowe:

\_\_\_\_\_ USD  
( /godz.  /dzień  /tydzień  /rok)

Imię dziecka objętego / dzieci objętych opieką nad dzieckiem:

b. Opieka nad dziećmi w czasie, gdy strona sprawująca opiekę nad dzieckiem poszukuje pracy:

\_\_\_\_\_ USD  
( /godz.  /dzień  /tydzień  /rok)

Imię dziecka objętego / dzieci objętych opieką nad dzieckiem:

c. Wydatki na kształcenie dzieci:

\_\_\_\_\_ USD  
( /godz.  /dzień  /tydzień  /rok)

Imię dziecka, którego /dzieci, których dotyczą wydatki na kształcenie:

Proszę wpisać drukowanymi literami poniższe informacje:

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko

\_\_\_\_\_  
Adres

\_\_\_\_\_  
Miejscowość

\_\_\_\_\_  
Stan Kod pocztowy

(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_  
Numer telefonu w ciągu dnia

(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_  
Numer telefonu w godzinach wieczornych

XXX-XX-\_\_\_\_\_  
Numer ubezpieczenia społecznego

**Oświadczenie:**

„Wszystkie informacje podane przeze mnie w tym oświadczeniu oraz w dokumentacji uzupełniającej składającej się z \_\_\_\_ stron, którą załączyłem(-am) do niniejszego oświadczenia, są prawdziwe i poprawne zgodnie z moją najlepszą wiedzą”.

\_\_\_\_\_  
Podpis

\_\_\_\_\_  
Data

Zaprzysiężono przede mną dnia

\_\_\_\_\_  
Podpis notariusza/urzędnika uprawnionego do przyjmowania zaprzysiężonych dokumentów

Niniejsze wypełnione oświadczenie należy zwrócić do jednostki ds. egzekwowania świadczeń alimentacyjnych na rzecz dzieci na następujący adres:

**Ważne:** Proszę pamiętać o dołączeniu wszystkich dokumentów uzupełniających do tego oświadczenia, a także wszystkich innych dokumentów, których złożenie jest wymagane.