

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 **2023**? Tak Nie

Jeśli „Tak”, proszę podać swój „Całkowity dochód” zgodnie z federalnym zeznaniem podatkowym za rok **2023**:

Kopia następujących dokumentów: Formularz IRS 1040 za rok **2023**, wiersz 9, który zawiera każdą kwotę z Załącznika 1, wiersz 10

1. _____

Jeśli „Nie”, należy obliczyć swój „Całkowity dochód” za rok **2023** 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 **2023** 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 **2023** 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 **2023** 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 **2023**?
 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 **2023** 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 **2023** (jeśli brak, wpisać „0”):

a. Niezwrócone wydatki służbowe pracownika z wyjątkiem zakresu, w jakim te wydatki pomniejszają wydatki osobiste _____

b. 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) _____

c. Alimenty lub świadczenia alimentacyjne faktycznie wypłacane małżonkowi, który jest stroną w niniejszym postępowaniu (przedstawić kopię nakazu sądowego lub zawartej w sposób ważny pisemnej umowy) _____

d. 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) _____

e. Podatki dochodowe miasta Nowy Jork lub Yonkers lub podatki od zarobków faktycznie zapłacone _____

f. 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):

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

Wynagrodzenie brutto (przed potrąceniem) _____ USD
(za godzinę dziennie tygodniowo co 2 tygodnie miesięcznie rocznie)

b. Inne bieżące źródła dochodów:

Typ _____
Kwota dochodu _____ USD
(za godzinę dziennie tygodniowo co 2 tygodnie miesięcznie rocznie)

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. Choć 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

(za godzinę dziennie tygodniowo co 2 tygodnie miesięcznie rocznie)

b. Inne poprzednie źródła dochodu:

Typ _____

Kwota dochodu _____ USD

(za godzinę dziennie tygodniowo co 2 tygodnie miesięcznie rocznie)

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

(za godzinę dziennie tygodniowo co 2 tygodnie miesięcznie rocznie)

Imię dziecka objętego / dzieci objętych opieką nad dzieckiem:

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

_____ USD

(za godzinę dziennie tygodniowo co 2 tygodnie miesięcznie rocznie)

Imię dziecka objętego / dzieci objętych opieką nad dzieckiem:

c. Wydatki na kształcenie dzieci:

_____ USD

(za godzinę dziennie tygodniowo co 2 tygodnie miesięcznie rocznie)

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:

„Niniejszym podpisuję i potwierdzam pod groźbą kary za krzywoprzysięstwo, że informacje podane przeze mnie w niniejszym oświadczeniu i dokumentacji uzupełniającej składającej się z ____ stron, które są dołączone do niniejszego oświadczenia, zostały przeze mnie sprawdzone i zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem – są prawdziwe i poprawne”.

Podpis

Data

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.