

Déclaration des revenus et des dépenses (à compléter si le droit de garde est la base de votre demande.)

Utilisez uniquement de l'encre noire.

Informations personnelles

Nom _____ Date _____
Adresse _____ N° tél. pour vous joindre en journée _____
_____ Numéro de sécurité sociale _____

Identifiant(s) du dossier à New York et dans le comté de tous les dossiers de pension alimentaire concernant les enfants dont vous avez actuellement la garde :

ID _____ Comté _____ ID _____ Comté _____
ID _____ Comté _____ ID _____ Comté _____

Des copies de ce formulaire doivent être envoyées à chaque comté auprès duquel vous demandez une révision du montant supplémentaire.

Informations sur le revenu

Revenu annuel brut en \$ _____

Marié(e) Oui Non Si oui, indiquez le revenu annuel brut de votre conjoint(e) en dollars _____

Informations sur les dépenses de la famille

Pour toute dépense payée chaque semaine, multipliez par 4,3 pour obtenir un paiement mensuel. Énumérez séparément les dépenses incluses dans la section « Autres » avec leurs montants respectifs en dollars. Joignez des feuilles supplémentaires, si nécessaire. Si possible, fournissez un justificatif de vos dépenses, par exemple un chèque annulé de loyer ou d'hypothèque, une facture de services publics ou des reçus. **Veillez énumérer les dépenses sur une base mensuelle :**

1. Logement : loyer, hypothèque, taxes foncières, frais associatifs, charges de copropriété, entretien des parties communes 1. Total en \$ _____
2. Services publics : fioul, gaz, électricité, téléphone, eau 2. Total en \$ _____
3. Alimentation : épicerie, déjeuners scolaires 3. Total en \$ _____
4. Paiements de la pension alimentaire des enfants, de la prestation compensatoire et de la pension alimentaire de l'ex-conjoint(e) 4. Total en \$ _____
5. Vêtements 5. Total en \$ _____
6. Buanderie : laverie automatique, nettoyage à sec 6. Total en \$ _____
7. Assurance : assurance-vie, assurance habitation/location, assurance incendie, assurance vol et responsabilité civile, assurance automobile, police d'assurance responsabilité civile complémentaire, assurance médicale, mutuelle de soins dentaires, mutuelle optique, régime d'assurance-médicaments, assurance invalidité 7. Total en \$ _____
8. Dépenses de santé non remboursées : frais médicaux, frais dentaires, frais optiques, frais non remboursés des médicaments sur ordonnance 8. Total en \$ _____
9. Automobile : location ou prêt, essence, stationnement et péages
Année : _____ Marque : _____ Véhicule perso : _____ Véhicule pro : _____
Année : _____ Marque : _____ Véhicule perso : _____ Véhicule pro : _____
Année : _____ Marque : _____ Véhicule perso : _____ Véhicule pro : _____ 9. Total en \$ _____
10. Impôts sur le revenu : taxes fédérales, nationales, municipales, cotisations de sécurité sociale et Medicare 10. Total en \$ _____

11. Divers : cotisations syndicales et associatives, remboursements de prêt, dépenses professionnelles non remboursées

11. Total en \$ _____

12. Autres : énumérez les dépenses

12. Total en \$ _____

- 1. _____ \$ _____
- 2. _____ \$ _____
- 3. _____ \$ _____
- 4. _____ \$ _____

DÉPENSES TOTALES : \$ _____

Statement of Income and Expenses-FR 08/22

Pour référence uniquement