

Parent n'ayant pas la garde :
 Partie ayant la garde :
 Identificateur(s) de dossier New York :

Date :

Déclaration de patrimoine net

Je, _____, dûment assermenté(e), jure que ce qui suit est une déclaration exacte de mes revenus, déductions, dépenses, informations sur l'assurance maladie, informations sur l'employeur et informations sur l'adresse du domicile :

Utilisez uniquement de l'encre noire

1. Avez-vous rempli une déclaration de revenus fédérale pour l'année fiscale **2023** ? Oui Non

Si « Oui », indiquez vos « revenus totaux » tels qu'ils sont indiqués sur votre déclaration de revenus fédérale **2023** :

Copie de : Formulaire IRS 1040 de **2023**, ligne 9 qui inclut tout montant de l'annexe 1, ligne 10 1. _____

Si « Non », calculez vos « revenus totaux » pour **2023** tels qu'ils doivent être déclarés dans votre déclaration de revenus fédérale, en remplissant les informations suivantes (si aucun, inscrivez « 0 ») :

- | | |
|--|----------|
| 1. Salaires, traitements, pourboires, etc. | _____ |
| 2. Intérêts imposables | _____ |
| 3. Dividendes ordinaires | _____ |
| 4. Remboursements, crédits ou compensations d'impôts locaux et d'État imposables | _____ |
| 5. Pension alimentaire reçue | _____ |
| 6. Revenu ou (perte) d'entreprise | _____ |
| 7. Gain ou (perte) en capital | _____ |
| 8. Autres gains ou (pertes) | _____ |
| 9. Montant imposable des placements IRA | _____ |
| 10. Montant imposable des pensions et des rentes | _____ |
| 11. Biens immobiliers locatifs, redevances, sociétés en nom collectif (partnerships), sociétés relevant du sous-chapitre S (S corporation), fiducies, etc. | _____ |
| 12. Revenu ou (perte) agricole | _____ |
| 13. Indemnisation du chômage | _____ |
| 14. Montant imposable des allocations de sécurité sociale | _____ |
| 15. Autres revenus [identifier] _____ | _____ |
| Total (additionner les lignes 1 à 15) | 1a _____ |

2. Pour vos revenus **2023**, indiquez le montant en dollars pour chacun des types de revenus suivants, s'il y a lieu, qui ne sont pas inclus dans les catégories 1 ou 1a ci-dessus (si tous ces revenus étaient inclus ou si vous n'aviez aucun revenu de ce type, cochez la case qui s'applique) :

Type de revenus	Montant non inclus ci-dessus	Tout est inclus ci-dessus	Non perçus
a. Revenu des investissements (moins le montant dépensé)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Compensation de revenu différé	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Indemnisation de travail	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Prestations d'invalidité	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Prestations d'assurance-chômage	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Allocations de sécurité sociale	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Prestations d'anciens combattants	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Pensions et prestations de retraite	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Bourses et subsides	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Paiements de rente	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total (additionner les lignes a – j) 2. _____

3. Avez-vous été travailleur(se) indépendant(e) à un moment donné au cours de l'année **2023** ?
 Oui Non (passez à la question 4)

Si « Oui », indiquez le montant en dollars des déductions pour travail indépendant que vous aviez en **2023** pour les éléments suivants :

a. Déduction d'amortissement supérieure à l'amortissement calculé selon la méthode linéaire aux fins de la détermination du revenu d'entreprise ou des crédits d'investissement (si aucune, écrire « 0 ») 3a. _____

b. Indemnités de représentation et de déplacement déduites du revenu d'entreprise dans la mesure où ces indemnités réduisent les dépenses personnelles (si aucune, écrire « 0 ») 3b. _____

4. Avez-vous été employé(e) ou avez-vous reçu une rémunération d'une société de capitaux (corporation), d'une société relevant du sous-chapitre S (S corporation), d'une société à responsabilité limitée (limited liability corporation), d'une société en nom collectif (partnership), d'une société en nom collectif à responsabilité limitée (limited liability partnership), d'une entreprise individuelle ou d'une autre entité commerciale à un moment quelconque au cours de l'année **2023** ? Oui Non (passez à la question 5)

Si la réponse est « Oui », indiquez le montant en dollars des rémunérations en nature et des avantages extrasalariaux reçus dans le cadre de la rémunération de l'emploi :

a. Repas, logement, adhésions, automobiles ou autres rémunérations en nature dans la mesure où elles constituent des dépenses à usage personnel, ou confèrent directement ou indirectement des avantages économiques personnels (si aucune, écrire « 0 ») 4a. _____

b. Avantages extrasalariaux (si aucun, écrire « 0 ») 4b. _____

5. Indiquez le montant en dollars de l'argent, des biens ou des services fournis par des parents ou des amis au cours de l'année **2023** (si aucun, écrire « 0 ») :

a. Argent _____

b. Biens _____

c. Services _____

Total (additionner les lignes a – c) 5. _____

6. Indiquez la valeur actuelle en dollars des actifs non productifs de revenus (si aucun, écrire « 0 ») :

a. Maisons/bâtiments _____

b. Terrain _____

c. Automobiles _____

d. Bateaux _____

e. Autocaravanes _____

f. Camping-cars/caravanes _____

g. Motocycles _____

h. Motoneiges _____

i. Pièces de monnaie, timbres et collections d'art _____

j. Bijoux _____

k. Autres actifs _____

Total (additionner les lignes a – k) 6. _____

7. Énumérez ci-dessous le type et la valeur en dollars des actifs que vous avez transférés au cours des trois (3) dernières années (**veuillez écrire en lettres majuscules** – joindre des pages supplémentaires si nécessaire) :
8. Indiquez le montant, s'il y a lieu, des dépenses, paiements ou revenus suivants que vous avez encourus, payés ou reçus au cours de l'année **2023** (si aucun, écrire « 0 ») :
- a. Frais professionnels non remboursés engagés par l'employé(e), sauf dans la mesure où ces frais réduisent les dépenses personnelles _____
 - b. Pension alimentaire ou allocation de subsistance effectivement versée à un(e) conjoint(e) qui n'est pas partie à la présente action (fournir une copie de l'ordonnance du tribunal ou de l'accord écrit valablement exécuté) _____
 - c. Pension alimentaire ou allocation de subsistance effectivement versée à un(e) conjoint(e) qui est partie à la présente action (fournir une copie de l'ordonnance du tribunal ou de l'accord écrit valablement exécuté) _____
 - d. Pension alimentaire pour enfant effectivement versée au nom d'un enfant qui n'est pas visé par la présente action (fournir une copie de l'ordonnance du tribunal ou de l'accord écrit valablement exécuté, et une preuve de paiement) _____
 - e. Impôts sur le revenu ou sur les gains de la ville de New York ou de Yonkers effectivement payés _____
 - f. Taxes FICA (Federal Insurance Contributions Act) effectivement payées _____
- Total (additionner les lignes a – f) 8. _____
9. Dressez la liste de vos sources de revenus actuelles. (**Veuillez écrire en lettres majuscules** – joindre des pages supplémentaires si nécessaire) :
- a. Emploi (nom, adresse et numéro de téléphone de chaque employeur actuel) :
- Salaire brut (avant déductions) \$ _____
(horaire quotidien hebdomadaire bihebdomadaire mensuel annuel)
- b. Autres sources de revenus actuelles :
- Type _____
- Montant du revenu \$ _____
(horaire quotidien hebdomadaire bihebdomadaire mensuel annuel)
10. Vos enfants qui font l'objet de la décision de justice sont-ils couverts par une assurance maladie fournie par votre employeur ou par une organisation telle qu'un syndicat ?
- Oui**, mes enfants sont actuellement inscrits à un régime d'assurance maladie fourni par mon employeur ou mon organisation :
- Compagnie d'assurance _____
(Veuillez écrire en lettres majuscules)
- Adresse de la compagnie _____
(Veuillez écrire en lettres majuscules)
- Numéro du plan _____ Numéro de police _____
- Type de couverture _____
- Non**. Bien que l'assurance maladie pour mes enfants **soit proposée par** mon employeur ou mon organisation, ils n'y sont pas inscrits actuellement.

Non. L'assurance maladie pour mes enfants **n'est pas proposée par** mon employeur ou mon organisation.

Non. Je ne suis pas employé(e) actuellement.

11. Si vous avez changé d'employeur ou de source de revenus au cours de l'année écoulée, indiquez les employeurs et les sources de revenus précédents

(**Veillez écrire en lettres majuscules** – joindre des pages supplémentaires si nécessaire) :

a. Emploi antérieur (nom, adresse et numéro de téléphone de chaque employeur précédent) :

Salaire brut (avant déductions) \$ _____

(horaire quotidien hebdomadaire bihebdomadaire mensuel annuel)

b. Autres sources de revenus antérieures :

Type _____

Montant du revenu \$ _____

(horaire quotidien hebdomadaire bihebdomadaire mensuel annuel)

12. Indiquez vos frais de garde d'enfants et les frais de scolarité de votre/vos enfant(s), le cas échéant (**veillez écrire en lettres majuscules** et joindre les pièces justificatives, c'est-à-dire des copies de factures ou une lettre du prestataire de services de garde d'enfants) :

a. Garde d'enfants pendant que la partie qui en a la garde travaille ou suit un enseignement primaire, secondaire ou supérieur ou une formation professionnelle :

\$ _____

(horaire quotidien hebdomadaire bihebdomadaire mensuel annuel)

Nom de l'enfant ou des enfants en garde :

b. Garde d'enfants pendant que la partie qui en a la garde cherche un emploi :

\$ _____

(horaire quotidien hebdomadaire bihebdomadaire mensuel annuel)

Nom de l'enfant ou des enfants en garde :

c. Frais de scolarité des enfants :

\$ _____

(horaire quotidien hebdomadaire bihebdomadaire mensuel annuel)

Nom de l'enfant ou des enfants concerné(s) par les frais de scolarité :

Veillez écrire en lettres majuscules les informations suivantes :

Nom

Adresse

Ville

État

Code postal

(____)_____
Numéro de téléphone en journée

(____)_____
Numéro de téléphone en soirée

XXX-XX-_____
Numéro de sécurité sociale

Assertion :

« Par la présente, j'adhère et j'affirme, sous peine de parjure, que j'ai examiné les informations que j'ai fournies dans cette déclaration et dans les documents qui l'accompagnent, lesquels comportent ____ pages et sont inclus dans la présente déclaration, et qu'elles sont, à ma connaissance, véridiques et exactes. »

Votre signature

Date

Retournez cette déclaration remplie à l'unité d'exécution des pensions alimentaires pour enfants à l'adresse suivante :

Important : Veillez à inclure toutes vos pièces justificatives pour cette déclaration, ainsi que tous les autres documents que vous devez soumettre.