

# Dichiarazione dei redditi e delle spese (Da compilare se la custodia è la base della Sua richiesta.)

Usare solo inchiostro nero.

## Informazioni personali

Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ Recapito telefonico diurno \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Numero Previdenza Sociale \_\_\_\_\_

Identificativo/i del provvedimento di New York (New York Case Identifier) e contea per tutti i casi di mantenimento dei bambini ora in Sua custodia:

ID \_\_\_\_\_ Contea \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_ Contea \_\_\_\_\_  
ID \_\_\_\_\_ Contea \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_ Contea \_\_\_\_\_

Le copie di questo modulo devono essere inviate a ogni contea in cui richiede una verifica dell'importo aggiuntivo.

## Informazioni sul reddito

Reddito annuo lordo \$ \_\_\_\_\_  
Coniugato/a  Sì  No In caso affermativo, elenchi il reddito annuo medio del coniuge \$ \_\_\_\_\_

## Informazioni sulle spese familiari

Per qualsiasi spesa sostenuta ogni settimana, moltiplicare per 4,3 per ottenere un pagamento mensile. Le spese comprese in "Altro" devono essere elencate separatamente con importi in dollari a parte. Se necessario, allegare altri fogli. Se disponibili, fornire le prove documentali delle Sue spese, ad esempio: un assegno sbarrato per l'affitto o il mutuo, una bolletta delle utenze, o le ricevute. **Elencare le spese mensili:**

- |  |                     |
|--|---------------------|
| 1. Alloggio: affitto, mutuo, imposte patrimoniali, quote sociali, spese condominiali, manutenzione appartamento in cooperativa   | 1. Totale \$ _____  |
| 2. Utenze: gasolio, gas, elettricità, telefono, acqua  | 2. Totale \$ _____  |
| 3. Cibo: generi alimentari, pasti scolastici   | 3. Totale \$ _____  |
| 4. Pagamenti per il mantenimento dei figli minori, alimenti e pagamenti per il mantenimento  | 4. Totale \$ _____  |
| 5. Abbigliamento   | 5. Totale \$ _____  |
| 6. Lavanderia: lavanderia automatica, tintoria   | 6. Totale \$ _____  |
| 7. Assicurazione: vita, proprietario/inquilino, incendio, furto e responsabilità civile, automobilistica, polizza a ombrello, piano sanitario, assistenza odontoiatrica, assistenza ottica, piano per farmaci da prescrizione, disabilità  | 7. Totale \$ _____  |
| 8. Spese sanitarie non rimborsate: mediche, dentistiche, ottiche, prescrizioni   | 8. Totale \$ _____  |
| 9. Automobilistiche: pagamento del contratto di locazione o prestito, benzina e gasolio, parcheggi e pedaggi<br>Anno: _____ Marca: _____ Personale: _____ Aziendale: _____<br>Anno: _____ Marca: _____ Personale: _____ Aziendale: _____<br>Anno: _____ Marca: _____ Personale: _____ Aziendale: _____ | 9. Totale \$ _____  |
| 10. Imposte sul reddito: Federali, statali, comunali, Previdenza sociale e Medicare  | 10. Totale \$ _____ |
| 11. Varie: quote associative e di organizzazioni, pagamento di prestiti, spese aziendali non rimborsate  | 11. Totale \$ _____ |
| 12. Altro: elencare  | 12. Totale \$ _____ |
| 1. _____ \$ _____  |                     |
| 2. _____ \$ _____  |                     |
| 3. _____ \$ _____  |                     |

4. \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

SPESE TOTALI: \$ \_\_\_\_\_

Statement of Income and Expenses-IT 08/22

Solo per riferimento