

**TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE
COMTÉ DE _____, OHIO**

Demandeur/requérant		No. de dossier
c./et		Juge
Défendeur/requérant		Magistrat

Instructions : Consultez le règlement du tribunal local pour savoir quand il faut remplir ce formulaire. L'objet de cette déclaration est la divulgation complète de vos revenus, dépenses et dettes. Elle servira à fixer les montants des pensions alimentaires matrimoniales et pour enfant. Ne laissez aucun champ vide. Inscrivez la mention « Aucun(e) », le cas échéant. Si vous ne disposez pas du montant exact de l'une des catégories, veuillez fournir la meilleure estimation possible, suivie de la mention « EST. ». **Si vous manquez d'espace, ajoutez des pages au besoin.**

DÉCLARATION DE REVENUS ET DE DÉPENSES

Déclaration de _____
(Inscrivez votre nom en lettres majuscules)

Date de mariage _____ Date de séparation _____

SECTION I - REVENUS

	<u>Époux</u>	<u>Épouse</u>
Travaillez-vous ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Employeur	_____	_____
Adresse de l'employeur	_____	_____
Ville, état, code postal	_____	_____
Nombres de fiches de paie par an	<input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 52	<input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 52

A. REVENU ANNUEL, HEURES SUPPLÉMENTAIRES, COMMISSIONS ET PRIMES AU COURS DES TROIS DERNIÈRES ANNÉES

	<u>Époux</u>			<u>Épouse</u>
Revenu annuel de base	\$ _____	Il y a 3 ans	20 _____	\$ _____
	\$ _____	Il y a 2 ans	20 _____	\$ _____
	\$ _____	Année dernière	20 _____	\$ _____

Heures supplémentaires,
commissions et/ou primes
annuelles

\$ _____	Il y a 3 ans	20 _____	\$ _____
\$ _____	Il y a 2 ans	20 _____	\$ _____
\$ _____	Année dernière	20 _____	\$ _____

VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE DANS SA VERSION ANGLAISE

B. CALCUL DES REVENUS ACTUELS

	<u>Époux</u>	<u>Épouse</u>
Revenu annuel de base	\$ _____	\$ _____
Moyenne des heures supplémentaires, des commissions et/ou primes au cours des 3 dernières années (de la section A).	\$ _____	\$ _____
Indemnités de chômage	\$ _____	\$ _____
Prestations d'invalidité		
<input type="checkbox"/> Indemnisation des accidents du travail		
<input type="checkbox"/> Sécurité sociale		
<input type="checkbox"/> Autre : _____	\$ _____	\$ _____
Prestations de retraite		
<input type="checkbox"/> Sécurité sociale		
<input type="checkbox"/> Autre : _____	\$ _____	\$ _____
Pension alimentaire matrimoniale perçue	\$ _____	\$ _____
Revenus en intérêts et en dividendes (source)		
_____	\$ _____	\$ _____
Autres revenus (type et source)		
_____	\$ _____	\$ _____
REVENU TOTAL ANNUEL	\$ _____	\$ _____
Programme Supplemental Security Income (SSI) ou assistance publique	\$ _____	\$ _____
Pension alimentaire pour enfant ordonnée par le tribunal que vous percevez pour un/des enfant(s) mineur(s) et/ou à	\$ _____	\$ _____

charge qui ne sont pas issus de
ce mariage ou de cette union.

VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE DANS SA VERSION ANGLAISE

SECTION II – ENFANTS ET MEMBRES DU MÉNAGE

Enfants mineurs et/ou à charge qui ont été adoptés ou sont issus de ce mariage / de cette union :

Nom	Date de naissance	Demeure avec
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Outre les enfants susmentionnés, il y a dans votre foyer :

_____ adulte(s)
 _____ autre(s) enfant(s) mineur(s) et/ou à charge.

SECTION III – DÉPENSES

Indiquez ci-dessous les dépenses mensuelles de votre ménage actuel.

A. DÉPENSES MENSUELLES D'HABITATION

Loyer ou première hypothèque (y compris les impôts et l'assurance)	\$	_____
Impôts fonciers (s'ils n'ont pas été inclus ci-dessus)	\$	_____
Assurance habitation (si elle n'a pas été incluse ci-dessus)	\$	_____
Deuxième hypothèque/marge de crédit hypothécaire	\$	_____
Charges		
○ Électricité	\$	_____
○ Gaz de ville, mazout, propane	\$	_____
○ Eau et assainissement	\$	_____
○ Téléphone	\$	_____
○ Ramassage des ordures	\$	_____
○ Télévision par câble/satellite	\$	_____
Ménage, entretien, réparations	\$	_____
Service d'entretien de la pelouse, service de déneigement	\$	_____
Autre :	\$	_____
	\$	_____
	\$	_____
TOTAL MENSUEL :	\$	_____

B. AUTRES DÉPENSES MENSUELLES DE LA VIE QUOTIDIENNE

Alimentation	
○ Provisions (y compris les aliments, les produits papier, les produits d'entretien, articles de toilette et autres)	\$ _____
○ Restaurant	\$ _____
Transport	
○ Prêt automobiles, leasings	\$ _____
○ Entretien du/des véhicule(s) (huile moteur, réparations, permis)	\$ _____
○ Essence	\$ _____
○ Parking, transports publics	\$ _____
Vêtements	
○ Vêtements (autres que ceux des enfants)	\$ _____
○ Pressing, lessive	\$ _____
Soins personnels	
○ Cheveux, ongles	\$ _____
○ Autre _____	\$ _____
Téléphone portable	\$ _____
Internet (si cette dépense n'a pas été incluse dans une catégorie précédente)	\$ _____
Autre _____	\$ _____
TOTAL MENSUEL	\$ _____

C. DÉPENSES MENSUELLES RELATIVES AUX ENFANTS

(Pour les enfants nés de ce mariage/cette union)

Frais de garde d'enfants pour cause de travail/d'études	\$ _____
Autres frais de garde d'enfants	\$ _____
Temps de déplacement inhabituel consacré aux enfants	\$ _____
Besoins particuliers et inhabituels d'un ou des enfant(s) (dépenses non incluses dans une catégorie précédente)	\$ _____
Vêtements	\$ _____
Fournitures scolaires	\$ _____
Argent de poche de l'/des enfant(s)	\$ _____
Activités extra-scolaires, leçons privées	\$ _____
Repas scolaires	\$ _____
Autre _____	\$ _____

TOTAL MENSUEL \$

VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE DANS SA VERSION ANGLAISE

D. FRAIS D'ASSURANCE

Assurance vie	\$	_____
Assurance automobile	\$	_____
Assurance maladie	\$	_____
Assurance invalidité	\$	_____
Assurance habitation/biens personnels (si cette dépense n'a pas été incluse dans la section A susmentionnée)	\$	_____
Autre _____	\$	_____
TOTAL MENSUEL		\$ _____

E. DÉPENSES MENSUELLES D'ÉDUCATION

Frais de scolarité		_____
○ Pour vous-même	\$	_____
○ Pour l'/les enfant(s)	\$	_____
Livres, coûts divers, autres	\$	_____
Remboursement de prêt(s) universitaire(s)	\$	_____
Autre _____	\$	_____
	\$	_____
TOTAL MENSUEL :		\$ _____

F. DÉPENSES MENSUELLES DE SOINS DE SANTÉ
(Si elles n'ont pas été incluses dans la catégorie Frais d'assurance)

Médecins	\$	_____
Dentistes	\$	_____
Ophtalmologues/opticiens	\$	_____
Ordonnances	\$	_____
Autre _____	\$	_____
	\$	_____
TOTAL MENSUEL :		\$ _____

G. DÉPENSES MENSUELLES DIVERSES

Obligations inhabituelles envers d'autre(s) enfant(s) mineur(s)/handicapé(s) [autres que ceux de votre conjoint(e)]	\$	_____
Pension alimentaire pour des enfants qui ne sont pas nés de ce mariage/cette union et qui n'ont pas été adoptés dans le cadre de ce mariage.	\$	_____
Pension alimentaire matrimoniale versée à un ou des ex-époux/ex-épouse(s)	\$	_____
Abonnements, livres	\$	_____

TOTAL MENSUEL : \$ _____
SOMME TOTALE DE TOUTES LES DÉPENSES MENSUELLES _____
(Somme de A à H) : \$ _____

SERMENT

(À signer uniquement en présence du notaire.)

Je soussigné(e), (votre nom en lettres majuscules), _____ jure ou atteste avoir lu ce document et affirme qu'à ma connaissance, les faits et informations indiqués dans ce document sont véridiques, exacts et complets. Je comprends que si je ne dis pas la vérité, je peux faire l'objet de sanctions pour cause de parjure.

Votre signature

Affirmé solennellement devant moi et signé
en ma présence en ce

____ jour de _____, _____.

Notaire public

Mon mandat se termine le :
