

Déclaration des ressources et dépenses
Statement of Resources and Expenses

NOM DU PARENT GARDIEN	NOM DU PARENT NON GARDIEN	NUMÉRO DE DOSSIER
-----------------------	---------------------------	-------------------

(À l'exception de votre signature, veuillez écrire toutes les réponses en caractères d'imprimerie. Utilisez seulement de l'encre bleue ou noire.)

REMARQUE : Vous devez fournir votre numéro de sécurité sociale à la Division des pensions alimentaires (DCS). La DCS utilisera ce numéro pour faire appliquer l'ordonnance de pension alimentaire, conformément au Titre IV-D de la loi sur la sécurité sociale (Social Security Act).

I. Informations personnelles

NOM COMPLET		DATE DE NAISSANCE	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE À DOMICILE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL	NUMÉRO DE MESSAGERIE/TÉLÉPHONE PORTABLE	
RUE OU BOÎTE POSTALE		ÉTAT MATRIMONIAL ACTUEL <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé(e)	
VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL	NOM DE L'ÉPOUX/SE / AUTRE ADULTE DU FOYER
LIEU DE MARIAGE (VILLE/COMTÉ/ÉTAT)			DATE DU MARIAGE
NOMBRE D'ENFANTS VIVANT CHEZ MOI	NOMBRE D'ADULTES VIVANT CHEZ MOI	ADRESSE E-MAIL	

II. Informations professionnelles

A. Vos informations d'emploi

PROFESSION	SITUATION D'EMPLOI ACTUELLE <input type="checkbox"/> Employé(e) <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Indépendant(e)		
NOM DE L'EMPLOYEUR		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYEUR	
RUE OU BOÎTE POSTALE DE L'EMPLOYEUR		VILLE	ÉTAT CODE POSTAL
NOM DU SYNDICAT	RUE OU BOÎTE POSTALE DU SYNDICAT VILLE ÉTAT CODE POSTAL		

II. Informations professionnelles (suite)			
A. Vos informations de travail indépendant			
REMARQUE : veuillez joindre une copie de votre dernière déclaration fiscale de revenu en tant que preuve de revenu et de dépenses.			
NOM DE L'ENTREPRISE		RUE OU BOÎTE POSTALE DE L'ACTIVITÉ VILLE ÉTAT CODE POSTAL	
TYPE D'ACTIVITÉ <input type="checkbox"/> Société <input type="checkbox"/> Partenariat <input type="checkbox"/> Propriété unique		NUMÉRO D'IDENTIFIANT FISCAL DE L'ACTIVITÉ	
COMPTES BANCAIRES D'ENTREPRISE CHEZ			
REVENU D'ENTREPRISE ANNUEL BRUT \$		REVENU D'ENTREPRISE ANNUEL NET \$	
C. Informations d'emploi de l'époux/se / autre adulte actuel(le) du foyer			
NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE	PROFESSION	NOM DE L'EMPLOYEUR	
RUE OU BOÎTE POSTALE DE L'EMPLOYEUR	VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL
			ADHÉSION À UN SYNDICAT
C. Informations de travail indépendant de l'époux/se / autre adulte actuel(le) du foyer			
REMARQUE : veuillez joindre une copie de la dernière déclaration fiscale de revenu de votre conjoint(e) en tant que preuve de revenu et de dépenses.			
NOM DE L'ENTREPRISE		RUE OU BOÎTE POSTALE DE L'ACTIVITÉ VILLE ÉTAT CODE POSTAL	
TYPE D'ACTIVITÉ <input type="checkbox"/> Société <input type="checkbox"/> Partenariat <input type="checkbox"/> Propriété unique		NUMÉRO D'IDENTIFIANT FISCAL DE L'ACTIVITÉ	
COMPTES BANCAIRES D'ENTREPRISE CHEZ			
REVENU D'ENTREPRISE ANNUEL BRUT \$		REVENU D'ENTREPRISE ANNUEL NET \$	
E. Assurance maladie/dentaire des personnes à charge			
MALADIE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	NOM ET ADRESSE DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE MALADIE		
DENTAIRE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	NOM ET ADRESSE DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE DENTAIRE		
NOM DU TITULAIRE DE LA POLICE D'ASSURANCE MALADIE		NOM DU TITULAIRE DE LA POLICE D'ASSURANCE DENTAIRE	
III. Informations sur les revenus et les biens			
A. Revenu combiné de toutes les sources du mois précédent			
MON SALAIRE \$	REVENU D'ENTREPRISE \$	REVENU DU/DE LA CONJOINT(E) \$	REVENU DES AUTRES ADULTES DU FOYER \$
AUTRE REVENU \$	REVENU TOTAL BRUT \$		REVENU TOTAL NET \$

III. Informations sur les revenus et les biens (suite)**B. Revenu brut combiné de toutes les sources des 12 derniers mois**

MOIS	MON REVENU BRUT	REVENU BRUT DE L'ÉPOUX/SE / AUTRE ADULTE	SOURCE DU REVENU (NOM DE L'EMPLOYEUR, ETC.)
Janvier	\$	\$	
Février	\$	\$	
Mars	\$	\$	
Avril	\$	\$	
Mai	\$	\$	
Juin	\$	\$	
Juillet	\$	\$	
Août	\$	\$	
Septembre	\$	\$	
Octobre	\$	\$	
Novembre	\$	\$	
Décembre	\$	\$	

C. Obligations d'épargne

TYPE D'OBLIGATION D'ÉPARGNE	VALEUR NOMINALE	TYPE D'OBLIGATION D'ÉPARGNE	VALEUR NOMINALE
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$

D. Comptes bancaires personnels

TYPE DE COMPTE	NOM ET EMPLACEMENT DE LA BANQUE	NUMÉRO DE COMPTE	SOLDE À LA FIN DU MOIS DERNIER
Compte courant			\$
Compte d'épargne			\$
Coopérative de crédit			\$
Autre			\$

E. Actions et obligations

DESCRIPTION	NOMBRE D'ACTIONS	VALEUR NOMINALE
		\$
		\$
		\$

III. Informations sur les revenus et les biens (suite)					
F. Biens immobiliers (acquis ou en cours d'achat, dont le foyer)					
ADRESSE OU DESCRIPTION JURIDIQUE			ANNÉE DE L'ACHAT	TITRES DÉTENUS PAR	
G. Biens personnels (acquis ou en cours d'achat)					
TYPE DE BIEN	MARQUE	ANNÉE	NUMÉRO D'IMMATRICULATION ET DESCRIPTION	CONTRAT DÉTENU PAR	MONTANT DÛ
Voiture					\$
Voiture					\$
Bateau/moteur					\$
Bateau/moteur					\$
Camping-car					\$
Autre					\$
Autre					\$
Autre					\$
Autre					\$
Autre					\$
Autre					\$
Autre					\$
H. Coffre de banque					
LIEU DU COFFRE			DESCRIPTION DU CONTENU	VALEUR TOTALE	
				\$	
				\$	
I. Police d'assurance vie					
NOM ET ADRESSE DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE				VALEUR DE RACHAT	
				\$	
				\$	
J. Comptes de retraite					
TYPE DE COMPTE	NOM ET EMPLACEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DE COMPTES		NUMÉRO DE COMPTE	SOLDE À LA FIN DU MOIS DERNIER	
Compte de retraite				\$	
Compte de retraite				\$	
Autre				\$	

IV. Dépenses mensuelles	
A. Logement	
Loyer ou hypothèque	\$
Taxes et assurance (si elles ne sont pas incluses dans le paiement ci-dessus)	\$
Total mensuel pour le logement (total des deux lignes ci-dessus)	\$
B. Commodités	
Chauffage (gaz et fioul)	\$
Électricité	\$
Eau, drainage, ordures ménagères	\$
Téléphone	\$
Autre (Veuillez préciser)	\$
Total mensuel pour les commodités (total des cinq lignes ci-dessus)	\$
C. Nourriture	
Nourriture pour _____ personnes	\$
Repas consommés en dehors du foyer	\$
Autre (Veuillez préciser)	\$
Total mensuel pour la nourriture (total des trois lignes ci-dessus)	\$
D. Garde d'enfant	
Garderie/garde pour _____ enfants	\$
Vêtements	\$
Frais scolaires pour _____ enfants	\$
Paiement de pension alimentaire pour les enfants qui n'habitent pas chez moi	\$
Autres dépenses relatives aux enfants (veuillez préciser) :	\$
Total mensuel pour la garde des enfants (total des cinq lignes ci-dessus)	\$
E. Transport	
Traite et location-bail du véhicule	\$
Assurance	\$
Permis	\$
Carburant et maintenance générale	\$
Stationnement	\$
Autre (Veuillez préciser)	\$
Total mensuel pour le transport (total des six lignes ci-dessus)	\$

IV. Dépenses mensuelles (suite)		
F. Vêtements		
Vêtements professionnels		\$
Autres vêtements		\$
Total mensuel pour les vêtements (total des deux lignes ci-dessus)		\$
G. Soins de santé		
Primes d'assurances maladie et dentaire		\$
Soins médicaux, dentaires, orthodontiques et oculaires non couverts		\$
Autres soins de santé non couverts (veuillez préciser)		\$
Total mensuel pour les soins de santé (total des trois lignes ci-dessus)		\$
H. Frais personnels		
Soins capillaires/personnels		\$
Éducation		\$
Livres, journaux et magazines		\$
Autres (veuillez préciser)		\$
5. Total mensuel des frais personnels (total des quatre lignes ci-dessus)		\$
I. Autres dépenses et paiements mensuels périodiques		
VERSÉ À	SOLDE DE LA DETTE	SOLDE MENSUEL
1.	\$	\$
2.	\$	\$
3.	\$	\$
4.	\$	\$
5.	\$	\$
6.	\$	\$
7.	\$	\$
8.	\$	\$
9.	\$	\$
10.	\$	\$
11. Total des autres dépenses et paiements mensuels périodiques (total des lignes 1 à 10 ci-dessus)	\$	\$

IV. Dépenses mensuelles (suite)**J. Total des dépenses mensuelles**

Additionnez tous les totaux des sections A à I des Dépenses mensuelles	\$
Ma portion du total des dépenses mensuelles indiqué à la ligne ci-dessus (le montant de la ligne ci-dessus moins toute contribution/aide provenant de toute personne ou entité autre que mon/ma conjoint(e))	\$

V. Déclaration

Je déclare sous peine de parjure, conformément aux lois de l'État de Washington, avoir fourni des informations qui sont, à ma connaissance, exactes, correctes et complètes. Je suis conscient(e) que l'État de Washington peut me poursuivre en justice pour fraude en cas de fausse déclaration intentionnelle. Je suis conscient(e) que le Département des services de santé et des services sociaux peut vérifier mes déclarations.

SIGNATURE

DATE