

Declarație privind resursele și cheltuielile
Statement of Resources and Expenses

NUMELE PĂRINTELUI CARE DEȚINE CUSTODIA	NUMELE PĂRINTELUI CARE NU DEȚINE CUSTODIA	NUMĂR DE CAZ
--	---	--------------

(Cu excepția semnăturii dumneavoastră, vă rugăm să vă tipăriți toate răspunsurile. Utilizați numai cerneală albastră sau neagră.)

NOTĂ: Trebuie să vă furnizați numărul de asigurări sociale către Divizia pentru pensie alimentară (DCS - Division of Child Support). DCS va utiliza numărul pentru servicii de implementare a pensiilor alimentare astfel cum sunt definite în Titlul IV-D din legislația Social Security Act.

I. Datele dvs. personale

NUME COMPLET		DATA NAȘTERII	NUMĂR DE ASIGURARE SOCIALĂ
NUMĂRUL DE TELEFON DE LA DOMICILIU	NUMĂRUL DE TELEFON DE SERVICIU	NUMĂRUL DE TELEFON PENTRU MESAJE/TELEFON MOBIL	
STRADA SAU ADRESA CUTIEI POȘTALE DE DOMICILIU		STAREA CIVILĂ ACTUALĂ <input type="checkbox"/> Căsătorit(ă) <input type="checkbox"/> Singur(ă) <input type="checkbox"/> Despărțit(ă)	
ORAȘ NATAL	STAT	COD POȘTAL	NUMELE SOȚULUI/SOȚIEI/ALTUI ADULT DIN GOSPODĂRIE
LOCUL CĂSĂTORIEI (ORAȘ/JUDEȚ/STAT)			DATA CĂSĂTORIEI
NUMĂRUL DE COPII CARE LOCUIESC ÎN LOCUINȚA MEA	NUMĂRUL DE ADULȚI CARE LOCUIESC ÎN LOCUINȚA MEA	ADRESA E-MAIL	

II. Date privind angajarea

A. Datele dvs. privind angajarea

OCUPAȚIE	STAREA DE ANGAJARE ACTUALĂ <input type="checkbox"/> Angajat <input type="checkbox"/> Neangajat <input type="checkbox"/> Liber profesionist		
NUMELE ANGAJATORULUI	NUMĂRUL DE TELEFON AL ANGAJATORULUI		
STRADA SAU ADRESA CUTIEI POȘTALE PENTRU ANGAJATOR	ORAȘ	STAT	COD POȘTAL
NUMELE SINDICATULUI	STRADA SAU ADRESA CUTIEI POȘTALE PENTRU SINDICAT ORAȘ STAT COD POȘTAL		

II. Date privind angajarea (Continuare)			
B. Datele dvs. privind starea de liber profesionist			
NOTĂ: Atașați o copie a ultimei declarații de venituri realizate la nivel federal pentru întreprindere ca dovadă a venitului și cheltuielilor.			
DENUMIREA ÎNTREPRINDERII		STRADA SAU ADRESA CUTIEI POȘTALE PENTRU ÎNTREPRINDERE ORAȘ STAT COD POȘTAL	
TIP DE ÎNTREPRINDERE <input type="checkbox"/> Companie <input type="checkbox"/> Parteneriat <input type="checkbox"/> Proprietar unic		COD FISCAL ÎNTREPRINDERE	
CONTURI BANCARE ÎNTREPRINDERE LA			
VENIT BRUT ANUAL ÎNTREPRINDERE \$		VENIT NET ANUAL ÎNTREPRINDERE \$	
C. Date angajare soț/soție actual(ă)/Alt adult din gospodărie			
NUMĂR DE ASIGURARE SOCIALĂ	OCUPAȚIE	NUMELE ANGAJATORULUI:	
STRADA SAU ADRESA CUTIEI POȘTALE PENTRU ANGAJATOR ORAȘ STAT COD POȘTAL			AFILIERE LA SINDICAT
D. Date privind activitatea de liber profesionist pentru soțul/soția actuală/alt adult din gospodărie			
NOTĂ: Atașați o copie a ultimei declarații de venituri realizate la nivel federal pentru întreprindere pentru soțul/soția dvs. ca dovadă a venitului și cheltuielilor.			
DENUMIREA ÎNTREPRINDERII		STRADA SAU ADRESA CUTIEI POȘTALE PENTRU ÎNTREPRINDERE ORAȘ STAT COD POȘTAL	
TIP DE ÎNTREPRINDERE <input type="checkbox"/> Companie <input type="checkbox"/> Parteneriat <input type="checkbox"/> Proprietar unic		COD FISCAL ÎNTREPRINDERE	
CONTURI BANCARE ÎNTREPRINDERE LA			
VENIT BRUT ANUAL ÎNTREPRINDERE \$		VENIT NET ANUAL ÎNTREPRINDERE \$	
E. Asigurare medicală/stomatologică pentru persoane aflate în întreținere			
MEDICALĂ <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	NUMELE ȘI ADRESA COMPANIEI DE ASIGURĂRI MEDICALE		
STOMATOLOGICĂ <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	NUMELE ȘI ADRESA COMPANIEI DE ASIGURĂRI STOMATOLOGICE		
NUMELE TITULARULUI POLIȚEI DE ASIGURARE MEDICALĂ		NUMELE TITULARULUI POLIȚEI DE ASIGURARE STOMATOLOGICĂ	
III. Date privind venitul și activele			
A. Venit din toate sursele pentru luna anterioară			
SALARIUL MEU \$	VENIT ÎNTREPRINDERE \$	VENIT SOȚ/SOȚIE \$	VENITUL ALTOR ADULȚI DIN GOSPODĂRIE \$
ALTE VENITURI \$	VENIT TOTAL BRUT \$		VENIT TOTAL NET \$

III. Date privind venitul și activele (Continuare)**B. Venitul brut din toate sursele pentru cele 12 luni anterioare**

LUNĂ	VENITUL MEU BRUT	VENIT BRUT SOT/SOȚIE/ALT ADULT	SURSĂ VENIT (NUMELE ANGAJATORULUI, ETC.)
Ianuarie	\$	\$	
Februarie	\$	\$	
Martie	\$	\$	
Aprilie	\$	\$	
Mai	\$	\$	
Iunie	\$	\$	
Iulie	\$	\$	
August	\$	\$	
Septembrie	\$	\$	
Octombrie	\$	\$	
Noiembrie	\$	\$	
Decembrie	\$	\$	

C. Obligațiuni de economii

TIPUL DE OBLIGAȚIUNI DE ECONOMII	VALOARE APARENTĂ	TIPUL DE OBLIGAȚIUNI DE ECONOMII	VALOARE APARENTĂ
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$

D. Conturi bancare personale

TIP DE CONT	NUMELE ȘI LOCAȚIA BĂNCII	NUMĂR CONT	SOLDUL LA SFÂRȘITUL LUNII
Cont curent			\$
Economii			\$
Uniune de credit			\$
Altele			\$

E. Acțiuni și obligațiuni

DESCRIERE	NUMĂR DE ACȚIUNI	VALOARE NOMINALĂ
		\$
		\$
		\$

III. Date privind venitul și activele (Continuare)					
F. Bunuri imobiliare (Deținute sau în curs de achiziționare inclusiv domiciliul)					
ADRESA SAU DESCRIEREA JURIDICĂ			ANUL DOBÂNDIRII	VALORI MOBILIARE DEȚINUTE DE	
G. Proprietate personală (Deținută sau în curs de achiziționare)					
TIP DE PROPRIETATE	MARCĂ	AN	NUMĂRUL ȘI DESCRIEREA LICENȚEI	CONTRACT DEȚINUT DE	SUMĂ DATORATĂ
Auto					\$
Auto					\$
Barcă/Motor					\$
Barcă/Motor					\$
Rulotă/RV					\$
Altele					\$
Altele					\$
Altele					\$
Altele					\$
Altele					\$
Altele					\$
Altele					\$
H. Seif					
LOCAȚIA SEIFULUI			DESCRIEREA CONȚINUTULUI	VALOARE TOTALĂ	
				\$	
				\$	
I. Polița de asigurare de viață					
NUMELE ȘI ADRESA COMPANIEI DE ASIGURĂRI					VALOARE ÎN NUMERAR
					\$
					\$
J. Conturi pentru pensionare					
TIP DE CONT	NUMELE ȘI LOCAȚIE INSTITUȚIEI DE MENȚINERE			NUMĂR CONT	SOLDUL LA SFÂRȘITUL LUNII
IRA					\$
IRA					\$
Altele					\$

IV. Dată cheltuieli lunare	
A. Cazare	
Chirie sau plată pentru imobil	\$
Impozite și asigurare (dacă nu sunt acoperite de plata de mai sus)	\$
Total lunar cazare (adăugați cele două rânduri de mai sus)	\$
B. Utilități	
Căldură (gaz și petrol)	\$
Electricitate	\$
Apă, canalizare, gunoi	\$
Telefon	\$
Altele (specificați)	\$
Total Utilități lunare (adăugați cele cinci rânduri de mai sus)	\$
C. Alimente	
Alimente pentru _____ Persoane	\$
Mese consumate în afara domiciliului meu	\$
Altele (specificați)	\$
Total Cheltuieli lunare pentru alimente (adăugați cele trei rânduri de mai sus)	\$
D. Îngrijirea copiilor	
Îngrijire pe timp de zi/servicii de babysitting pentru _____ Copii	\$
Îmbrăcăminte	\$
Taxă școlară pentru _____ Copii	\$
Plăți de pensie alimentară efectuate pentru copiii care nu locuiesc cu mine	\$
Alte cheltuieli legate de copil (indicați):	\$
Total Cheltuieli lunare pentru îngrijirea copiilor (adăugați cele cinci rânduri de mai sus):	\$
E. Transport	
Plată sau rată vehicul	\$
Asigurare	\$
Licență	\$
Combustibil și întreținere de rutină	\$
Parcare	\$
Altele (specificați)	\$
Total Cheltuieli lunare pentru transport (adăugați cele șase rânduri de mai sus):	\$

IV. Date cheltuieli lunare (Continuare)			
F. Îmbrăcăminte			
Îmbrăcăminte de lucru		\$	
Altele Îmbrăcăminte		\$	
Total Cheltuieli lunare pentru îmbrăcăminte (adăugați cele două rânduri de mai sus)		\$	
G. Îngrijirea sănătății			
Prime de asigurări medicale și stomatologice		\$	
Îngrijire medicală, stomatologică, ortodontică și oculară fără asigurare		\$	
Alte cheltuieli pentru îngrijirea sănătății fără asigurare (indicați):		\$	
Total Cheltuieli lunare pentru îngrijirea sănătății (adăugați cele trei rânduri de mai sus)		\$	
H. Personal			
Îngrijire păr/Îngrijire personală		\$	
Studii		\$	
Cărți, ziare și reviste		\$	
Altele (indicați):		\$	
5. Total Cheltuieli lunare personale (adăugați cele patru rânduri de mai sus)		\$	
I. Alte cheltuieli și plăți lunare recurente			
	ACHITAT CĂTRE	SOLD DATORIE	SOLD LUNAR
1.		\$	\$
2.		\$	\$
3.		\$	\$
4.		\$	\$
5.		\$	\$
6.		\$	\$
7.		\$	\$
8.		\$	\$
9.		\$	\$
10.		\$	\$
11. Total Alte cheltuieli și plăți lunare recurente (adăugați 1 – 10 de mai sus)		\$	\$

IV. Date cheltuieli lunare (Continuare)**J. Total cheltuieli lunare**

Adăugați toate rândurile în secțiunile Date cheltuieli lunare A - I

\$

Partea mea din cheltuielile lunare totale de la linia de mai sus (suma din linia de mai sus minus orice contribuții/asistență din partea oricărei alte persoane în afară de soțul/soția mea)

\$

V. Declarație

Declar, sub pedeapsa de sperjur în conformitate cu legile statului Washington, că informațiile pe care le-am furnizat în acest formular sunt adevărate, corecte și complete conform cunoștințelor mele. Înțeleg faptul că Statul Washington mă poate urmări penal pentru fraudă pentru orice declarație falsă. Înțeleg faptul că afirmațiile mele sunt supuse verificării din partea Departamentului serviciilor sociale și de sănătate.

SEMNĂTURĂ

DATA