

ÉTAT DU VERMONT

COUR SUPÉRIEURE
Unité

DIVISION DE LA FAMILLE
Affaire N°.

Nom du plaignant/de la plaignante	DATE DE NAISSANCE	V.	Nom du défendeur/de la défenderesse	DATE DE NAISSANCE

DÉCLARATION FINANCIÈRE SOUS SERMENT (400-813A)

Je suis : ☐ Plaignant/Plaignante ☐ Défendeur/défenderesse ☐ Autre : _____

Nom					
Adresse de résidence			Adresse postale (si différente de l'adresse de résidence)		
Ville	État	Code postal	Ville	État	Code postal
Numéro de téléphone (en journée)			Numéro de téléphone (en soirée)		
Adresse e-mail					

INSTRUCTIONS : Vous devez compléter et présenter le formulaire 813A si :

1. Vous êtes partie à un divorce, une dissolution d'union civile, une séparation légale, une action en annulation ou filiation nouvellement déposés et vous et l'autre partie avez des enfants mineurs ; OU
2. Vous ou l'autre partie cherchez à modifier une ordonnance antérieure concernant la pension alimentaire pour enfants ou pour époux ; OU
3. Vous êtes la personne tenue de verser une pension alimentaire et une mesure d'exécution a été prise à votre encontre ; OU
4. Votre enfant est sous la garde du ministère de l'Enfance et de la Famille et un soutien vous a été demandé ; OU
5. La Cour vous ordonne de compléter et de présenter le présent formulaire ou l'autre partie vous demande de compléter le formulaire dans le cadre du processus de découverte.

DATE LIMITE DE DÉPÔT : Ce formulaire doit être déposé auprès de la Cour avant ou lors de la première conférence de votre gestionnaire d'affaires. Si aucune conférence n'est prévue, il doit être déposé au moins sept (7) jours avant la première audience prévue.

VOUS DEVEZ FAIRE PARVENIR UNE COPIE DE VOTRE FORMULAIRE COMPLÉTÉ À L'AUTRE PARTIE EN MÊME TEMPS QUE VOUS LE DÉPOSEZ AUPRÈS DE LA COUR.

Vous devez, une fois que vous aurez complété le formulaire et donné toutes les informations requises, signer la section Affirmation ci-dessous et faire certifier votre signature par un notaire.

AFFIRMATION

J'ai lu et donné toutes les informations requises.

J'affirme par la présente savoir que les faits et informations financières énoncés sont véridiques et exacts à la date de la présente déclaration et que je n'ometts aucune source ou montant de revenu ou autres informations requises par le présent formulaire. Je comprends que toute fausse déclaration peut constituer un parjure de ma part. Je comprends également que le juge pourrait ordonner des sanctions à mon encontre si je ne fournis pas les informations requises ou si je donne des informations erronées.

Signature de la personne faisant la déclaration sous serment

Juré devant moi le _____

Signature du notaire

Ma commission expire : _____

SECTION I - REVENU

NOM et ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	DEUXIÈME/SECOND EMPLOYEUR

- ☐ Je suis travailleur indépendant (entrepreneur individuel, société de personnes, d/b/a) en tant que _____
- ☐ Je ne travaille pas actuellement parce que _____

A. REVENU BRUT MENSUEL DE L'EMPLOI - Revenu avant toute déduction au titre des charges sociales ou des avantages sociaux. (Si votre revenu varie tout au long de l'année, calculez votre revenu annuel et divisez-le par douze pour obtenir votre revenu mensuel dans chaque catégorie ci-dessous.)

Pour calculer les montants MENSUELS de votre revenu :

Si vous êtes payé(e) de façon hebdomadaire, multipliez le montant moyen par 4,333.

Si vous êtes payé(e) toutes les deux semaines, multipliez le montant moyen par 2,165

Si vous êtes payé(e) deux fois par mois, multipliez le montant bi-mensuel moyen par 2

JOIGNEZ LES 4 DERNIERS BULLETINS DE SALAIRE.

1. TRAITEMENT OU SALAIRE _____

J'ai inclus les heures supplémentaires ☐ Oui ☐ Non

2. POURBOIRES, COMMISSIONS, PRIMES, DROITS D'AUTEURS _____

3. REVENUS DU TRAVAIL INDÉPENDANT _____

(Complétez la pièce jointe sur le travail indépendant à la page 11 ou joignez l'ANNEXE C de l'IRS de la déclaration de revenus)

4. DÉPENSES PERSONNELLES PRISES EN CHARGE PAR L'EMPLOYEUR _____

(par ex. : téléphone portable, voiture, allocation de logement, repas, indemnités militaires)

Revenu total de l'emploi _____

B. AUTRES SOURCES DE REVENU (veuillez indiquer le montant mensuel)

1. REVENUS LOCATIFS _____

(Complétez la pièce jointe sur le revenu de location à la page 10 ou joignez l'ANNEXE E de l'IRS de la déclaration de revenus)

2. RETRAITE/PENSIONS _____

3. PRESTATIONS D'ASSURANCE CHÔMAGE _____

4. INDEMNITÉS POUR ACCIDENT DU TRAVAIL et/ou ASSURANCE-INVALIDITÉ _____

5. PRESTATIONS SOCIALES (spécifiez le type _____) _____

6. ANCIENS COMBATTANTS (AC) _____

7. REVENU D'INTÉRÊT OU DE DIVIDENDE _____

8. REVENU DE FIDUCIE OU DE RENTE _____

9. CADEAUX OU PRIX (y compris les gains de loterie) _____

10. PENSION ALIMENTAIRE DU CONJOINT (Aliments) _____

(De l'autre partie dans la présente affaire)

11. PENSION ALIMENTAIRE DU CONJOINT (Aliments) _____

(D'une personne non-partie dans l'affaire)

12. AUTRE : Veuillez préciser _____

(Par ex. gains en capital)

Total des revenus d'autres sources _____

REVENU MENSUEL TOTAL

_____ (Emploi et autres sources)

SECTION II - PRESTATIONS SOCIALES

PERCEVEZ-VOUS DES PRESTATIONS SOCIALES ?

☐ Oui☐ Non

Si oui, veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent et indiquer le montant en dollars, le cas échéant

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Reach Up, RUFA, TANF _____ | ☐ Assistance générale _____ | ☐ SSI |
| ☐ Dr. Dynasaur | ☐ Medicaid/Medicare | ☐ VHAP |
| ☐ Assistance carburant _____ | ☐ Aide alimentaire _____ | ☐ Aide au logement |

SECTION III - REVENUS/DÉPENSES des ENFANTS MINEURS

« Enfants mineurs » s'entend des enfants de moins de 18 ans ou des enfants âgés de plus de 18 ans poursuivant des études.

A. ÉNUMÉREZ TOUS LES ENFANTS MINEURS QUE VOUS AVEZ AVEC L'AUTRE PARTIE

NOM	Date de naissance	Résidence principale actuelle

B. ÉNUMÉREZ TOUS LES AUTRES ENFANTS MINEURS POUR LESQUELS VOUS FOURNISSEZ UNE AIDE

NOM	Date de naissance	Lien avec vous	Résidence principale actuelle

C. ÉNUMÉREZ TOUS LES ENFANTS POUR LESQUELS VOUS ÊTES TENU(E) DE PAYER UNE PENSION ALIMENTAIRE

NOM	Montant ordonné	Montant payé	État/Comté de l'ordonnance

D. ASSURANCE MALADIE OFFERTE PAR LE BIAIS DE VOTRE EMPLOI :

Vous devez compléter ce paragraphe si vous *pouvez profiter de ce type d'assurance par le biais de votre emploi, même si vos enfants ne sont pas affiliés.*

Renseignez-vous auprès de votre service comptable ou des ressources humaines pour obtenir le montant de votre cotisation mensuelle au coût.

COÛT MENSUEL TOTAL DE L'ASSURANCE MALADIE FAMILIALE POUR L'EMPLOYÉ(E)

COÛT MENSUEL TOTAL DE DEUX PERSONNES POUR L'EMPLOYÉ(E)

COÛT MENSUEL TOTAL DE L'ASSURANCE INDIVIDUELLE POUR L'EMPLOYÉ(E)

LES ENFANTS FAISANT PARTIE DE CETTE AFFAIRE SONT-ILS AFFILIÉS À VOTRE RÉGIME ?

☐ Oui

☐ Non

E. VOS FRAIS DE GARDE D'ENFANTS POUR LES ENFANTS DE CETTE RELATION

(Si les montants mensuels changent au cours de l'année, utilisez le montant annuel total divisé par 12)

TOTAL DES FRAIS MENSUELS DE GARDE d'enfants (avant subvention)

SUBVENTION

DÉPENSES COURANTES (total des dépenses moins subvention)

Reportez vos dépenses courantes à la page 9, ligne 51.

F. VOS DÉPENSES EXTRAORDINAIRES POUR LES ENFANTS DE CETTE RELATION

	Type de dépenses	Dépenses mensuelles
Frais médicaux non couverts de l'enfant		
Frais de scolarité de l'enfant		
Dépenses liées aux besoins spéciaux de l'enfant		

G. REVENU MENSUEL PERÇU PAR UN ENFANT DE CETTE RELATION

SOURCE DU REVENU	Nom de l'enfant	Montant
1. PRESTATIONS D'INVALIDITÉ		
2. PRESTATIONS SOCIALES		
3. AUTRE		
Nom du parent percevant la prestation pour enfant à charge : _____		

SECTION IV - PRÊTS ET DETTES

PRÊTS

A. Prêts résidence principale :

Type de prêt	Créancier	Solde dû	Paielement mensuel	Cochez ici si VOUS effectuez ce paiement
1. Résidence principale				☐
2. Deuxième hypothèque				☐
3. Valeur nette du logement				☐
Total résidence principale				☐

Reportez le paiement mensuel total à la page 7, ligne 1

B. Autres prêts bien immobilier - NE PAS inclure les prêts commerciaux ou de biens locatifs

Description de la propriété	Créancier	Solde dû	Paielement mensuel	Cochez ici si VOUS effectuez ce paiement
				☐
				☐
Total autres biens immobiliers				☐

Reportez le paiement mensuel total à la page 8, ligne 38

C. Prêts automobiles

Type d'automobile (Année, marque, modèle)	Créancier	Solde dû	Tous les mois Paielement	Cochez ici si VOUS effectuez ce paiement
				☐
				☐
				☐
Total prêts automobiles				☐

Reportez le paiement mensuel total à la page 7, ligne 14

D. Autres Prêts

Type de prêt	Créancier	Solde dû	Paieement mensuel	Cochez ici si VOUS effectuez ce paiement
Prêt personnel				☐
Prêt universitaire/de formation				☐
Autre				☐
Autre				☐
Total				☐

Reportez le paiement mensuel total à la page 8, ligne 38

DETTES**A. Dette de cartes de crédit**

Titulaire de la carte	Entreprise	Solde dû	Paieement mensuel	Cochez ici si VOUS effectuez ce paiement
				☐
				☐
				☐
				☐
				☐
				☐
Total				☐

Reportez le paiement mensuel total à la page 8, ligne 43

B. Autres dettes (par ex. privilèges fiscaux, factures d'hôpital, comptes en recouvrement)

Type de dette	Envers la société/l'entité	Solde exigible	Paieement mensuel, le cas échéant	Cochez ici si VOUS effectuez ce paiement
				☐
				☐
Total				☐

Reportez le paiement mensuel total à la page 8, ligne 38

SECTION V - DÉPENSES

DÉPENSES MENSUELLES :

Indiquez vos dépenses mensuelles. Pour les dépenses supportées autrement que mensuellement, prenez le montant annuel et divisez-le par 12. Si le montant payé varie d'un mois à l'autre, utilisez le montant annuel divisé par 12.

DÉPENSES DU FOYER :	Montant que vous avez payé	Montant payé par quelqu'un d'autre	Total foyer
1. Loyers ou hypothèques, y compris les prêts hypothécaires			
2. Impôts fonciers			
3. Assurance habitation, du propriétaire ou du locataire			
4. Électricité			
5. Téléphone (fixe et portable)			
6. Eau			
7. Gaz pour le domicile			
8. Mazout, bois ou autres combustibles non énumérés ci-dessus			
9. Tondre, labourer, déchets			
10. Produits alimentaires			
11. Câble/Internet			
12. Linge/Pressing			
13. Entretien/Réparation			
TOTAL DÉPENSES DU FOYER			

DÉPENSES RELATIVES AUX VÉHICULES	Montant que vous avez payé	Montant payé par quelqu'un d'autre	Total foyer
14. Total prêts automobiles			
15. Assurance automobile			
16. Carburant			
17. Entretien/Réparations			
18. Immatriculation			
TOTAL VÉHICULE			

FRAIS D'ASSURANCE	Montant que vous avez payé	Montant payé par quelqu'un d'autre	Total Foyer
19. Assurance vie			
20. Assurance invalidité			
21. Assurance maladie			
22. Dentaire/Vue			
TOTAL ASSURANCE			

VOS DÉPENSES PERSONNELLES	Montant que vous avez payé	Montant payé par quelqu'un d'autre	Total
23. Frais médicaux non couverts			
24. Vêtements/Chaussures			
25. Articles de toilette/cosmétiques			
26. Repas/Collations prises à l'extérieur			
27. Soins capillaires			
28. Magazines, journaux, livres, autres matériels de lecture			
29. Tabac et alcool			
30. Frais vétérinaire et autres dépenses liées aux animaux			
31. Divertissement (cinéma, bowling, musées, etc.)			
32. Cadeaux pour autrui			
33. Contributions caritatives			
34. Vacances			
35. Cotisations syndicales			
36. Contribution mensuelle à l'épargne			
37. Cotisations mensuelles aux fonds de pension (401K, IRA, etc.)			
38. Paiements mensuels de prêts et de dettes (<i>sans les prêts de la résidence principale, les cartes de crédit ou les paiements de véhicule</i>)			
39. Dépenses pour les enfants vivant avec vous mais qui ne sont pas nés de cette relation			
40. La pension alimentaire pour enfants ordonnée par le tribunal que vous payez pour les enfants d'une autre relation.			
41. Pension alimentaire (Aliments) due au conjoint ordonnée par le tribunal que vous payez			
42. Divers (veuillez énumérer sur une feuille séparée et saisir le total ici)			
TOTAL DÉPENSES PERSONNELLES			
DETTE CARTE DE CRÉDIT	Montant que vous avez payé	Montant payé par quelqu'un d'autre	Total
43. TOTAL Paiements mensuels cartes de crédit			
	Montant que vous avez payé	Montant payé par quelqu'un d'autre	Total
TOTAL GÉNÉRAL des dépenses du ménage, pour les véhicules, assurances, dépenses personnelles et les paiements par carte de crédit			

PAIEMENTS IMPÔTS SUR LE REVENU

RETENUES À LA SOURCE MENSUELLES OU IMPÔTS ESTIMÉS	
44. FÉDÉRALES	
45. FICA	
46. MEDICARE	
47. ÉTAT DU VERMONT	
48. AUTRES IMPÔTS RETENUS/PAYÉS	

DÉPENSES POUR LES ENFANTS

DÉPENSES MENSUELLES POUR LES ENFANTS DE CETTE RELATION QUE VOUS PAYEZ	
49. Vêtements et chaussures	
50. Couches-culottes	
51. Dépenses courantes de garde d'enfants liés à votre emploi (y compris les frais de garde d'enfants liés à la formation professionnelle)	
52. Repas scolaires	
53. Fournitures scolaires	
54. Frais/Dépenses pour des activités particulières (par ex. cours de piano, sports)	
55. Colonies de vacances	
56. Frais de scolarité école privée	
57. Frais médicaux non couverts/dentaires	
58. Pension alimentaire pour enfants que vous payez pour vos enfants de cette relation	
59. Divers : Veuillez spécifier plus bas.	
Divers 1	
Divers 2	
Divers 3	
Divers 4	
TOTAL DÉPENSES MENSUELLES ENFANTS	

Ligne A

B. DÉPENSES LOCATIVES ANNUELLES

1. Ménage et entretien	
2. Commissions	
3. Assurance	
4. Frais juridiques et autres frais professionnels	
5. Intérêts hypothécaires payés aux banques	
6. Autres intérêts	
7. Réparations	
8. Fournitures	
9. Impôts	
10. Services publics	
11. Salaires et traitements	
12. Autre (veuillez préciser) a. .	
b. .	
c. .	
d. .	
13. Amortissement	
TOTAL DÉPENSES ANNUELLES (additionnez les Lignes 1 à 13)	
TOTAL REVENUS ANNUELS (Ligne A moins Ligne B)	
TOTAL REVENUS MENSUELS (Ligne C divisée par 12)	

Ligne B

Ligne C

Reportez ce montant
Page 2, B. Ligne 1,
Section I) du formulaire 813A

A. RECETTES OU VENTES BRUTES MENSUELLES

--

B. FRAIS PROFESSIONNELS MENSUELS

1. Coût des marchandises vendues et/ou d'exploitation		14. Dépenses et fournitures de bureau	
2. Publicité		15. Linge et pressing	
3. Créances douteuses sur les ventes ou le service		16. Régime de prévoyance et/ou de participation aux bénéfices	
4. Dépenses automobiles :	Carburant _____ Assurance _____ Entretien _____ Immatriculation _____	17. Loyers payés pour les immeubles commerciaux loués	
		18. Machines ou équipements	
		19. Autres biens commerciaux	
5. Commissions		20. Réparations	
6. Déplétion		21. Fournitures	
7. Dépréciation		22. Impôts	
8. Cotisations et publications		23. Voyage	
9. Programme des avantages sociaux des employés		24. Repas et divertissement	
10. Assurance (<i>autre que maladie</i>) (<i>précisez</i>)		25. Services publics et téléphone	
a.		26. Salaires	
b.		27. Autres (<i>indiquez et précisez</i>)	
11. Intérêts hypothécaires payés (<i>aux banques</i>)		a.	
12. Autre paiement d'intérêts (<i>précisez</i>)		b.	
13. Services juridiques et professionnels		c.	
		d.	
		e.	
		f.	
		g.	
		TOTAL DÉPENSES COMMERCIALES MENSUELLES (additionnez les Lignes 1 à 27)	
		REVENUS COMMERCIAUX MENSUELS NETS (Recettes/ventes brutes moins dépenses)	

Reportez ce montant Page 2, A Ligne 3 (Section I) du formulaire 813A