

تنويه: هذا النموذج لأغراض مرجعية فقط. الرجاء تعبئة النسخة الإنجليزية إلى المساعدة فإذهب إلى مكتب الكاتب وهناك سيتم طلب خدمة ترجمة فورية لك.

من هذا النموذج باللغة الإنجليزية. إذا احتجت

مدعي

ضد

الإقرار الخطي بإعالة الطفل

قوانين الاجراءات المدنية بولاية ماين فقرة 108أ

مدعى عليه

الاسم (الوالد الذي يملأ هذا الإقرار)	تاريخ الميلاد
العنوان (شارع) (بلدة أو مدينة) (الولاية) (الرمز البريدي)	مطلوب الإفصاح عن رقم الضمان الاجتماعي على نموذج منفصل
اسم صاحب العمل الحالي وعنوانه:	

1- إجمالي الدخل من الأجور والراتب والعمل الحر
أرفق نسخاً من أحدث نموذج W-2 وابطال الراتب.

- أ. كم من المال جنيت خلال العام الماضي؟
ب. كم من المال تتوقع أن تجني خلال هذا العام؟
- 2- إجمالي الدخل الآخر
لا تشمل المعونة المؤقتة للعائلات المحتاجة أو دخل الضمان التكميلي أو المساعدات الحكومية أو قسائم الطعام.
المتوقع هذا العام

مخصصات البطالة	دولار أمريكي
تعويض العمالة	دولار أمريكي
الضمان الاجتماعي	دولار أمريكي
العجز	دولار أمريكي
المعاش أو الدخل السنوي	دولار أمريكي
النفقة الزوجية	دولار أمريكي
دخل الملكية المؤجرة أو الرهن	دولار أمريكي
الحوافز	دولار أمريكي
الفوائد/أرباح الأسهم	دولار أمريكي
العمولات/الإكراميات	دولار أمريكي
أرباح رأس المال	دولار أمريكي
خلاف ذلك	دولار أمريكي
الإجمالي:	دولار أمريكي (2)

3- مزايا العمل الإضافية

- إجمالي قيمة مزايا العمل المتوقع أن تجنيها هذا العام والتي تقلل من نفقات معيشتك (السيارة، السكن، التأمين، وجبات الطعام وغير ذلك) (3) دولار أمريكي

(4) دولار أمريكي
أدرجها هنا وبالسطر 3 من استمارة حساب دعم الطفل

4- إجمالي الدخل المتوقع هذا العام
(أضف البنود 1، 2، 3)

5- نفقة الإعالة السنوية التي تدفعها للأطفال الآخرين
إعالة الطفل التي تدفعها لأطفال آخرين خلاف المعنيين بهذه القضية.
اسم الطفل _____
الشخص المدفوع له _____
المبلغ _____

(5) دولار أمريكي
أدرج المبلغ الإجمالي هنا وبالسطر 4ب
من استمارة إعالة الطفل

6- تكاليف التأمين الصحي الإيسوعية
أرفق نسخة من كشف أقساط التأمين
أ. تكاليف التأمين الصحي الخاصة بك فقط. _____ دولار أمريكي
ب. التكاليف الإضافية التي تدفعها لقاء التأمين الصحي للأطفال
في هذه القضية. _____

(6ب) دولار أمريكي
أدرج هذا المبلغ بالسطر 9 من استمارة حساب إعالة الطفل

7- تكاليف التأمين الصحي الإيسوعية
تكاليف رعاية الطفل التي تدفعها حتى يمكنك العمل أو تلقي تدريباً من أجل العمل.

(7) دولار أمريكي
أدرج هذا المبلغ بالسطر 10
من استمارة حساب إعالة الطفل

8- النفقات الطبية الإيسوعية غير العادية
المبلغ الذي تدفعه فعلياً عند مرض كل طفل بصفة مستمرة أو متكررة.
اسم الطفل _____
أسباب تحمل النفقات _____
المبلغ _____

(8) دولار أمريكي
أدرج إجمالي المبلغ هنا وفي السطر 11
من استمارة حساب إعالة الطفل

9- الأطفال الآخرين الموجودين في منزلك

الأطفال الآخرين الموجودين في منزلك وغير معنيين بهذه القضية، ممن تلتزم قانوناً بإعالتهم.

اسم الطفل	تاريخ الميلاد	صلة القرابة بك	اسم الطفل	تاريخ الميلاد	صلة القرابة بك
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

10- الوقائع الأخرى

الوقائع الأخرى التي تعتقد أنه يجب على القاضي معرفتها، حيث أنها قد تؤثر على مبلغ نفقة إعالة الطفل المقضي بها.

11- الأصول والديون

القيمة الحالية للأصول الخاصة بك

الأموال العقارية _____ دولار أمريكي

النقد/حسابات المصارف/ شهادات الإيداع _____ دولار أمريكي

خطط التقاعد/ حسابات التقاعد الفردية/ برامج (k401)/ المعاش/ الدخل السنوي

خلاف ذلك (مثل حصص الأعمال التجارية أو التأمين على الحياة)

القيمة الحالية لديونك:

الرهن العقاري _____ دولار القروض _____ دولار بطاقات الائتمان _____ دولار أخرى _____ دولار

أقسم أن هذا الإقرار الخطي تام، على حد اعتقادي وعلمي، ويشمل كافة مصادر دخلي والأصول والديون الخاصة بي.

التاريخ: _____

التوقيع

حضر شخصياً _____ وأقسم على الإقرار الخطي أعلاه، وذلك أمامي:

التاريخ: _____

(المحامي) (الموثق) (نائب الكاتب)