

ESTADO DO MAINE

TRIBUNAL SUPERIOR

TRIBUNAL DE COMARCA

_____, ss.

Local _____

N.º de registo _____

N.º de registo _____

_____ O Requerente

v.

DECLARAÇÃO DE APOIO À CRIANÇA
M.R. Civ. P. 108(a)

_____ O Requerido

Nome _____ <i>(Pai a preencher esta declaração)</i>	Data de nascimento _____
Morada _____ <i>(rua) (localidade) (estado) (código postal)</i>	Necessária divulgação do número de segurança social em formulário separado

Nome e morada da entidade patronal atual:

1. RENDIMENTO BRUTO DE SALÁRIO, ORDENADO E EMPREGO POR CONTA PRÓPRIA
Anexe cópias do formulário W-2 mais recente e talão de pagamento.

A. Quanto ganhou no ano passado? \$ _____

B. Quando espera ganhar este ano? (1B) \$ _____

2. OUTROS RENDIMENTOS BRUTOS

NÃO inclua TANF, SSI, assistência geral ou senhas de alimentação.

	<i>Previsto para este ano</i>	
Benefícios de desemprego	\$ _____	
Compensação de trabalhadores	\$ _____	
Segurança social	\$ _____	
Incapacidade	\$ _____	
Pensão ou prestação vitalícia	\$ _____	
Pensão de alimentos	\$ _____	
Rendimentos de arrendamentos ou hipotecas	\$ _____	
Bónus	\$ _____	
Juros/Dividendos	\$ _____	
Comissões/Gorjetas	\$ _____	
Ganhos de capital	\$ _____	
Outro _____	\$ _____	
Total:		(2) \$ _____

3. REMUNERAÇÕES ACESSÓRIAS DE TRABALHO DEPENDENTE

Valor total de benefícios de trabalho dependente que prevê receber este ano que reduzem o seu custo de vida (carro, alojamento, seguro, refeições, etc.) (3) \$ _____

4. RENDIMENTO BRUTO TOTAL PREVISTO PARA ESTE ANO

(Adicione 1B, 2 e 3) (4) \$ _____

Coloque aqui e na linha 3 do Formulário de apoio à criança

5. APOIO ANUAL QUE PAGA POR OUTRAS CRIANÇAS

Apoio à criança que paga referente a crianças não envolvidas neste processo.

Nome da criança	Pagamento efetuado a	Montante	(5) \$ _____
_____	_____	_____	Coloque o total aqui e na linha 4b do Formulário de apoio à criança
_____	_____	_____	

6. CUSTO DE SEGURO DE SAÚDE SEMANAL

Anexe uma cópia da folha do prémio do seu seguro de saúde

A. Custo do seguro de saúde apenas para a sua pessoa. \$ _____

B. Custo adicional que paga pelo seguro de saúde das crianças neste processo. (6B) \$ _____

Coloque este montante na linha 9 do Formulário de apoio à criança

7. CUSTOS DE CUIDADOS INFANTIS SEMANAIS

Custos de cuidados infantis que paga para poder trabalhar ou preparar o trabalho. (7) \$ _____

Coloque este montante na linha 10 do Formulário de apoio à criança

8. DESPESAS MÉDICAS EXTRAORDINÁRIAS SEMANAIS

Montante que paga efetivamente por doença permanente ou recorrente de cada criança

Nome da criança	Motivo da despesa	Montante	(8) \$ _____
_____	_____	_____	Coloque aqui o total e na linha 11 do Formulário de apoio à criança
_____	_____	_____	

9. OUTRAS CRIANÇAS NA SUA RESIDÊNCIA

Outras crianças que vivem na sua residência que não estão envolvidas neste processo e que é legalmente obrigado a apoiar.

Nome da criança	Data de nascimento	Parentesco para consigo	Nome da criança	Data de nascimento	Parentesco para consigo
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

10. OUTROS FACTOS

Outros factos que considerar que o Juiz Presidente deve saber que possam afetar o montante do apoio à criança determinada.

11. ATIVOS E DÍVIDAS

Valor atual dos seus ativos:

Imóveis \$ _____	Veículos (incluindo veículos de lazer) \$ _____
Numerário/Contas bancárias/CD \$ _____	Ações/obrigações \$ _____
Planos de reforma/Conta de reforma individual/ Plano 401(k)s/pensões/pensões vitalícias	\$ _____
Outro (como por exemplo ganhos com juros ou seguro de saúde)	\$ _____

Saldo atual das suas dívidas:

Hipotecas \$ _____	Empréstimos \$ _____	Cartões de crédito \$ _____	Outra \$ _____
--------------------	----------------------	-----------------------------	----------------

Sob o meu juramento, e tanto quanto é do meu conhecimento e crença, a presente declaração está completa e inclui todos os meus rendimentos, ativos e dívidas.

Data: _____

Assinatura

Compareceu pessoalmente _____ perante mim, tendo prestado juramento em relação à declaração acima:

Data: _____

(Advogado) (Notário Público) (Escrivão-adjunto)