

Rodzin niesprawujący opieki:
Rodzin sprawujący opiekę:
Identyfikator(y) sprawy w stanie Nowy Jork:

Data:

Oświadczenie o dochodach netto

Ja, _____, będąc należycie zaprzysiężonym(-ą), przysięgam, że poniższe oświadczenie jest dokładnym zestawieniem moich dochodów, odliczeń, wydatków, informacji o ubezpieczeniu zdrowotnym, informacji o pracodawcy oraz informacji o adresie zamieszkania:

Używać tylko czarnego tuszu

1. Czy złożył(a) Pan/Pani federalne zeznanie podatkowe za rok podatkowy **2024**? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli „Tak”, proszę podać swój „Całkowity dochód” zgodnie z federalnym zeznaniem podatkowym za rok **2024**:

Kopia następujących dokumentów: Formularz IRS 1040 za rok **2024**, wiersz 9, który zawiera każdą kwotę z Załącznika 1, wiersz 10

1. _____

Jeśli „Nie”, należy obliczyć swój „Całkowity dochód” za rok **2024** tak, jak powinien być wykazany w federalnym zeznaniu podatkowym, wypełniając poniższe pola (jeśli brak, wpisać „0”):

1. Wynagrodzenia, pensje, napiwki itp. _____
2. Odsetki podlegające opodatkowaniu: _____
3. Dywidendy zwykłe _____
4. Podlegające opodatkowaniu zwroty, kredyty lub odliczenia podatków stanowych i lokalnych _____
5. Otrzymane alimenty _____
6. Dochód lub (strata) z działalności gospodarczej _____
7. Zyski lub (straty) kapitałowe _____
8. Pozostałe zyski lub (straty) _____
9. Podlegająca opodatkowaniu kwota wypłat z IRA _____
10. Podlegająca opodatkowaniu kwota emerytur i rent _____
11. Nieruchomości do wynajęcia, tantiemy, spółki osobowe, korporacje, trusty itp. _____
12. Dochód lub (strata) z działalności gospodarczej rolniczej _____
13. Zasiłek dla bezrobotnych _____
14. Kwota podlegająca opodatkowaniu świadczeń z ubezpieczenia społecznego _____
15. Inny dochód [proszę określić] _____

Ogółem (dodać wiersze 1–15)

1a _____

2. W przypadku dochodów z **2024** roku proszę podać kwotę w dolarach dla każdego z następujących rodzajów dochodów, jeśli takie istnieją, które nie zostały uwzględnione w pkt. 1 lub 1a powyżej (jeśli wszystkie takie dochody były wliczone lub w razie braku jakichkolwiek tego typu dochodów proszę zaznaczyć wybór w odpowiednim polu):

Typ dochodu	Kwota nieuwzględniona powyżej	Wszystko uwzględniono powyżej	Nie otrzymano żadnego
a. Dochody z inwestycji (pomniejszone o kwotę wydatkowaną)	_____	☐	☐
b. Świadczenia odroczone	_____	☐	☐
c. Odszkodowanie pracownicze	_____	☐	☐
d. Świadczenia dla osób niepełnosprawnych	_____	☐	☐
e. Świadczenia z tytułu ubezpieczenia od bezrobocia	_____	☐	☐
f. Świadczenia z ubezpieczenia społecznego	_____	☐	☐
g. Świadczenia kombatanckie	_____	☐	☐
h. Emerytury i świadczenia emerytalne	_____	☐	☐
i. Stypendia	_____	☐	☐
j. Wypłaty rent	_____	☐	☐

Ogółem (dodać wiersze a–j)

2. _____

3. Czy w jakimkolwiek momencie w roku **2024** był(a) Pan/Pani osobą prowadzącą działalność na własny rachunek? ☐ Tak ☐ Nie (przejdź do pytania 4)

Jeśli „Tak”, proszę wskazać w dolarach kwotę odliczeń z tytułu samozatrudnienia dokonanych w **2024** roku w następujących przypadkach:

- a. Odliczenie amortyzacji większe niż amortyzacja obliczona metodą liniową dla celów określenia dochodu firmy lub kredytów inwestycyjnych (jeśli brak, wpisać „0”) 3a. _____
- b. Dodatki na rozrywkę i podróże odliczane od dochodu z działalności gospodarczej w zakresie, w jakim dodatki te zmniejszały wydatki osobiste (jeżeli brak, wpisać „0”) 3b. _____

4. Czy był(a) Pan/Pani zatrudniony(-a) lub otrzymywał(a) wynagrodzenie od korporacji, korporacji S, spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, spółki osobowej, spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, jednoosobowej działalności gospodarczej lub innego podmiotu gospodarczego w dowolnym momencie w roku **2024**? ☐ Tak ☐ Nie (przejdź do pytania 5)

Jeśli „Tak”, proszę podać kwotę w dolarach dodatków i świadczeń dodatkowych otrzymywanych w ramach wynagrodzenia za pracę:

- a. Posiłki, zakwaterowanie, członkostwo, samochody lub inne korzyści w zakresie, w jakim stanowią wydatki do użytku osobistego lub które bezpośrednio lub pośrednio przynoszą osobiste korzyści ekonomiczne (jeśli brak, wpisać „0”) 4a. _____
- b. Świadczenia dodatkowe (jeśli brak, wpisać „0”) 4b. _____

5. Proszę wskazać kwotę w dolarach pieniędzy, towarów lub usług dostarczonych przez krewnych i przyjaciół w ciągu **2024** roku (jeśli brak, wpisać „0”):

- a. Pieniądze _____
- b. Towary _____
- c. Usługi _____

Ogółem (dodać wiersze a–c) 5. _____

6. Proszę wskazać aktualną wartość w dolarach aktywów nie przynoszących dochodu (jeśli brak, wpisać „0”):

- a. Domy/Budynki _____
- b. Grunty _____
- c. Pojazdy _____
- d. Łodzie _____
- e. Pojazdy kempingowe _____
- f. Kampery/Przyczepy _____
- g. Motocykle _____
- h. Skutery śnieżne _____
- i. Kolekcja monet, znaczków, dzieł sztuki _____
- j. Biżuteria _____
- k. Inne aktywa _____

Ogółem (dodać wiersze a–k) 6. _____

7. Proszę wymienić poniżej rodzaj i wartość w dolarach wszelkich aktywów przeniesionych w ciągu ostatnich trzech (3) lat (**Proszę wpisać drukowanymi literami** – w razie potrzeby dołączyć dodatkowe strony):

8. Proszę wskazać kwotę, jeśli dotyczy, następujących wydatków, płatności lub dochodów, które zostały poniesione, zapłacone lub otrzymane w roku **2024** (jeśli brak, wpisać „0”):

- a. Niezwrócone wydatki służbowe pracownika z wyjątkiem zakresu, w jakim te wydatki pomniejszają wydatki osobiste _____
- b. Alimenty lub świadczenia alimentacyjne faktycznie wypłacane małżonkowi, który nie jest stroną w niniejszym postępowaniu (przedstawić kopię nakazu sądowego lub zawartej w sposób ważny pisemnej umowy) _____
- c. Alimenty lub świadczenia alimentacyjne faktycznie wypłacane małżonkowi, który jest stroną w niniejszym postępowaniu (przedstawić kopię nakazu sądowego lub zawartej w sposób ważny pisemnej umowy) _____
- d. Alimenty na rzecz dzieci faktycznie zapłacone w imieniu każdego dziecka, które nie jest objęte niniejszym postępowaniem (przedstawić kopię nakazu sądowego lub zawartej w sposób ważny pisemnej umowy oraz dowód płatności) _____
- e. Podatki dochodowe miasta Nowy Jork lub Yonkers lub podatki od zarobków faktycznie zapłacone _____
- f. Faktycznie zapłacone podatki z tytułu federalnej ustawy o składkach na ubezpieczenie (Federal Insurance Contributions Act, FICA) _____

Ogółem (dodać wiersze a–f)

8. _____

9. Proszę wymienić swoje obecne źródła dochodów. (**Proszę wpisać drukowanymi literami** – w razie potrzeby załączyć dodatkowe strony):

a. Zatrudnienie (nazwa, adres i numer telefonu każdego obecnego pracodawcy):

Wynagrodzenie brutto (przed potrąceniem) _____ USD

(☐ za godzinę ☐ dziennie ☐ tygodniowo ☐ co 2 tygodnie ☐ miesięcznie ☐ rocznie)

b. Inne bieżące źródła dochodów:

Typ _____

Kwota dochodu _____ USD

(☐ za godzinę ☐ dziennie ☐ tygodniowo ☐ co 2 tygodnie ☐ miesięcznie ☐ rocznie)

10. Czy Pana/Pani dzieci, których dotyczy nakaz sądowy, są objęte ubezpieczeniem zdrowotnym zapewnianym przez pracodawcę lub jakąkolwiek organizację, np. związek zawodowy?

☐ **Tak**, moje dzieci są obecnie zapisane do planu ubezpieczenia zdrowotnego oferowanego przez mojego pracodawcę lub organizację:

Towarzystwo ubezpieczeniowe _____

(**Proszę wpisać drukowanymi literami**)

Adres towarzystwa ubezpieczeniowego _____

(**Proszę wpisać drukowanymi literami**)

Numer planu _____

Numer polisy _____

Typ ubezpieczenia _____

☐ **Nie**. Chociaż ubezpieczenie zdrowotne dla moich dzieci **jest oferowane przez** mojego pracodawcę lub moją organizację, nie są one obecnie zapisane.

☐ **Nie.** Ubezpieczenie zdrowotne dla moich dzieci **nie jest oferowane przez** mojego pracodawcę lub moją organizację.

☐ **Nie.** Nie jestem obecnie zatrudniony(-a).

11. W razie zmiany pracodawcy lub źródła dochodu w ciągu ostatniego roku proszę wymienić poprzednich pracodawców i źródła dochodu

(Proszę wpisać drukowanymi literami – w razie potrzeby załączyć dodatkowe strony):

a. Poprzednie zatrudnienie (nazwa, adres i numer telefonu każdego obecnego pracodawcy):

Wynagrodzenie brutto (przed potrąceniem) _____ USD

(☐ za godzinę ☐ dziennie ☐ tygodniowo ☐ co 2 tygodnie ☐ miesięcznie ☐ rocznie)

b. Inne poprzednie źródła dochodu:

Typ _____

Kwota dochodu _____ USD

(☐ za godzinę ☐ dziennie ☐ tygodniowo ☐ co 2 tygodnie ☐ miesięcznie ☐ rocznie)

12. Proszę podać wydatki na opiekę nad dzieckiem oraz wydatki na edukację dziecka (dzieci), jeśli takie są **(Proszę wpisać drukowanymi literami i załączyć dokumenty potwierdzające, np. kopie rachunków lub list od dostawcy usług opieki nad dzieckiem):**

a. Opieka nad dziećmi w czasie, gdy strona sprawująca opiekę nad dzieckiem jest zatrudniona lub otrzymuje wykształcenie podstawowe, średnie lub wyższe albo odbywa szkolenie zawodowe:

_____ USD

(☐ za godzinę ☐ dziennie ☐ tygodniowo ☐ co 2 tygodnie ☐ miesięcznie ☐ rocznie)

Imię dziecka objętego / dzieci objętych opieką nad dzieckiem:

b. Opieka nad dziećmi w czasie, gdy strona sprawująca opiekę nad dzieckiem poszukuje pracy:

_____ USD

(☐ za godzinę ☐ dziennie ☐ tygodniowo ☐ co 2 tygodnie ☐ miesięcznie ☐ rocznie)

Imię dziecka objętego / dzieci objętych opieką nad dzieckiem:

c. Wydatki na kształcenie dzieci:

_____ USD

(☐ za godzinę ☐ dziennie ☐ tygodniowo ☐ co 2 tygodnie ☐ miesięcznie ☐ rocznie)

Imię dziecka, którego /dzieci, których dotyczą wydatki na kształcenie:

Proszę wpisać drukowanymi literami poniższe informacje:

Imię i nazwisko

Adres

Miejscowość

Stan

Kod pocztowy

(____)_____
Numer telefonu w ciągu dnia

(____)_____
Numer telefonu w godzinach
wieczornych

XXX-XX-_____
Numer ubezpieczenia społecznego

Oświadczenie:

„Niniejszym podpisuję i potwierdzam pod groźbą kary za krzywoprzysięstwo, że informacje podane przeze mnie w niniejszym oświadczeniu i dokumentacji uzupełniającej składającej się z ____ stron, które są dołączone do niniejszego oświadczenia, zostały przeze mnie sprawdzone i zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem – są prawdziwe i poprawne”.

Podpis

Data

Niniejsze wypełnione oświadczenie należy zwrócić do jednostki ds. egzekwowania świadczeń alimentacyjnych na rzecz dzieci na następujący adres:

Ważne: Proszę pamiętać o dołączeniu wszystkich dokumentów uzupełniających do tego oświadczenia, a także wszystkich innych dokumentów, których złożenie jest wymagane.