

**This form contains Restricted Information.**

**Ce formulaire contient des informations de diffusion restreinte.**



**CIRCUIT COURT FOR \_\_\_\_\_, MARYLAND**  
City/County

**TRIBUNAL DE PREMIÈRE INSTANCE DE \_\_\_\_\_, MARYLAND**  
Ville/Comté

Located at \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_  
Court Address

Situé à \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_  
Adresse du tribunal

Case No. \_\_\_\_\_  
Affaire n° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Plaintiff  
Demandeur

vs.  
c.

\_\_\_\_\_  
Defendant  
Accusé

\_\_\_\_\_  
Street Address  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Street Address  
Adresse

\_\_\_\_\_  
City, State, Zip  
Ville, État, Code postal

\_\_\_\_\_  
Telephone  
Téléphone

\_\_\_\_\_  
City, State, Zip  
Ville, État, Code postal

\_\_\_\_\_  
Telephone  
Téléphone

**FINANCIAL STATEMENT**  
**RELEVÉ FINANCIER**  
**(Child Support Guidelines)**  
**(Directives pour la pension alimentaire pour enfant)**  
**(Md. Rule 9-203(b))**  
**(Règle 9-203(b) du Md.)**

**You must file a Notice Regarding Restricted Information Pursuant to Rule 20-201.1 (form MDJ-008) with this submission.**

**Avec cette soumission, vous devez déposer un avis concernant les informations de diffusion restreinte conformément à la règle 20-201.1 (formulaire MDJ-008).**

I, \_\_\_\_\_, state that:  
Name

Je, \_\_\_\_\_, déclare que :  
Nom

I am the \_\_\_\_\_ of the minor child(ren),  
State relationship (for example, mother, father, aunt, grandfather, guardian, etc.)

Je suis \_\_\_\_\_ du/des enfant(s) mineur(s),  
Veuillez indiquer la relation (par exemple, la mère, le père, la tante, le grand-père, le tuteur, etc.)

including children who have not attained the age of 19 years old, are not married or self-supporting, and are enrolled in secondary school:

y compris les enfants de moins de 19 ans qui ne sont pas mariés ou financièrement indépendants et qui sont inscrits dans une école secondaire :

_____ Name Nom	_____ Date of Birth Date de naissance	_____ Name Nom	_____ Date of Birth Date de naissance
_____ Name Nom	_____ Date of Birth Date de naissance	_____ Name Nom	_____ Date of Birth Date de naissance
_____ Name Nom	_____ Date of Birth Date de naissance	_____ Name Nom	_____ Date of Birth Date de naissance

The following is a list of my income and expenses (see below\*):

Ci-joint une liste de mes revenus et dépenses (voir ci-après\*) :

**See definitions on page 2 before filling out.**

**Voir les définitions à la page 2 avant de remplir.**

Total monthly income (before taxes)

Total des revenus mensuels (avant imposition)

\$ \_\_\_\_\_

Child support I am paying for my other child(ren) each month

Pension alimentaire pour enfant que je paie tous les mois pour

mon/mes autre(s) enfant(s)

\$ \_\_\_\_\_

Alimony I am paying each month to \_\_\_\_\_

Name of Person(s)

Pension alimentaire que je paie tous les mois à \_\_\_\_\_

Nom de la/des personne(s)

\$ \_\_\_\_\_

Alimony I am receiving each month from \_\_\_\_\_

Name of Person(s)

Pension alimentaire que je reçois tous les mois de \_\_\_\_\_

Nom de la/des personne(s)

\$ \_\_\_\_\_

For the child or children listed above:

Pour l'/les enfant(s) désigné(s) ci-dessus :

The monthly health insurance premium

La prime mensuelle d'assurance-maladie

\$ \_\_\_\_\_

Work-related monthly child care expenses

Dépenses mensuelles de frais de garde d'enfants en raison du

travail

\$ \_\_\_\_\_

Extraordinary monthly medical expenses

Frais médicaux mensuels extraordinaires

\$ \_\_\_\_\_

School and transportation expenses

Frais scolaires et frais de transport

\$ \_\_\_\_\_

\*To figure the monthly amount of expenses, weekly expenses should be multiplied by 4.3 and yearly expenses should be divided by 12. If you do not pay the same amount each month for any of the categories listed, figure what your average monthly expense is.

\*Pour calculer le montant mensuel des dépenses, multipliez les dépenses hebdomadaires par 4,3 et divisez les dépenses annuelles par 12. Si vous ne payez pas le même montant tous les mois pour une des catégories indiquées, calculez une moyenne de vos dépenses mensuelles.

I solemnly affirm under the penalties of perjury that the contents of this document are true to the best of my knowledge, information, and belief.

Je déclare solennellement, sous peine de parjure, que le contenu de ce document est, à ma connaissance et selon les informations dont je dispose et mes convictions, véridique.

\_\_\_\_\_  
Date  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature  
Signature

**Total Monthly Income:** Include income from all sources including, self-employment, rent, royalties, business income, salaries, wages, commissions, bonuses, dividends, pensions, interest, trusts, annuities, social security benefits, workers compensation, unemployment benefits, disability benefits, alimony or maintenance received, tips, income from side jobs, severance pay, capital gains, gifts, prizes, lottery winnings, etc. Do not report benefits from means-tested public assistance programs such as food stamps or AFDC.

**Total des revenus mensuels :** Veuillez inclure les revenus de toutes les sources y compris : travail à son compte, loyers, redevances, revenus d'affaires, salaires, émoluments, commissions, primes, dividendes, pensions, intérêts, fiducies, rentes, prestations de sécurité sociale, compensations aux travailleurs, prestations de chômage, prestations d'invalidité, pensions alimentaires ou frais d'entretien perçus, pourboires, revenus pour emploi occasionnels, compensations de perte d'emploi, plus-values, cadeaux, prix, gains de loterie, etc. Ne mentionnez pas les prestations des programmes d'assistance public avec vérification des ressources comme les bons alimentaires ou l'aide aux familles avec enfants à charge (AFDC).

**Extraordinary Medical Expenses:** Uninsured expenses in excess of \$250 in a calendar year for medical treatment, including orthodontia, dental treatment, vision care, asthma treatment, physical therapy, treatment for any chronic health problems, and professional counseling or psychiatric therapy for diagnosed mental disorders.

**Frais médicaux extraordinaires :** Les dépenses pour traitement médical non couvertes par l'assurance et supérieures à 250 USD au cours d'une année calendaire, y compris l'orthodontie, les traitements dentaires, les soins oculaires, le traitement de l'asthme, la kinésithérapie, les traitements pour tout problème de santé chronique et le conseil professionnel ou une thérapie psychiatrique pour les troubles mentaux diagnostiqués.

**Child Care Expenses:** Actual child care expenses incurred on behalf of a child due to employment or job search of either parent with amount to be determined by actual experience or the level required to provide quality care from a licensed source.

**Dépenses pour garde d'enfants :** Dépenses réelles pour la garde d'enfants encourues en raison du travail ou de la recherche d'un emploi d'un des parents, dont le montant est à déterminer selon l'expérience réelle ou le niveau requis pour obtenir des services de qualité d'une source agréée.

**School and Transportation Expenses:** Any expenses for attending a special or private elementary or secondary school to meet the particular needs of the child and expenses for transportation of the child between the homes of the parents.

**Frais scolaires et frais de transport :** Toutes les dépenses scolaires en établissement primaire ou secondaire spécial ou privé afin de répondre aux besoins particuliers de l'enfant, ainsi que les frais de transport de l'enfant entre le domicile des deux parents.