

This form contains Restricted Information.

Эта форма содержит конфиденциальную информацию.



CIRCUIT COURT FOR _____, MARYLAND
City/County

ОКРУЖНОЙ СУД _____, ШТАТ МЭРИЛЕНД
Город/Округ

Located at _____ Telephone _____
Court Address

Расположенный по адресу _____ Телефон _____
Адрес суда

Case No. _____
Дело № _____

Plaintiff
Истец

vs.
против

Defendant
Ответчик

Street Address
Адрес с указанием улицы и дома

Street Address
Адрес с указанием улицы и дома

City, State, Zip
Город, штат, почтовый индекс

Telephone
Телефон

City, State, Zip
Город, штат, почтовый индекс

Telephone
Телефон

FINANCIAL STATEMENT
ФИНАНСОВЫЙ ОТЧЁТ
(Child Support Guidelines)

(Руководящие принципы по обеспечению содержания ребёнка)
(Md. Rule 9-203(b))

(Процессуальное правило штата Мэриленд 9-203(b))

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

Вы должны подать Уведомление о конфиденциальной информации в соответствии с правилом 20-201.1 (форма MDJ-008) вместе этой представленной информацией.

I, _____, state that:
Name

Я, _____, заявляю, что:
Имя и фамилия

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

Я являюсь _____ несовершеннолетнего ребенка (детей),
укажите кем вы приходитесь несовершеннолетнему ребёнку/детям
(например матерью, отцом, тётёй, дедушкой, опекуном, т.д.)

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

включая детей, которые не достигли возраста 19 лет, не состоят в браке, сами себя не обеспечивают и являются учащимися средней школы:

Name Имя и фамилия	Date of Birth Дата рождения	Name Имя и фамилия	Date of Birth Дата рождения
Name Имя и фамилия	Date of Birth Дата рождения	Name Имя и фамилия	Date of Birth Дата рождения
Name Имя и фамилия	Date of Birth Дата рождения	Name Имя и фамилия	Date of Birth Дата рождения

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

Ниже следует ведомость моих доходов и расходов (см. ниже*):

See definitions on page 2 before filling out.

Смотрите определения на странице 2 перед заполнением документа.

Total monthly income (before taxes)

Общая сумма месячного дохода (до уплаты налогов) \$ _____

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

Сумма алиментов, которую я плачу на содержание своему другому ребёнку/детям каждый месяц \$ _____

Alimony I am paying each month to _____
Name of Person(s)

Сумма алиментов супругу (супруге), которую я плачу ежемесячно (кому) _____
Имя и фамилия лица/лиц

\$ _____

Alimony I am receiving each month from _____
Name of Person(s)

Сумма алиментов, которую я получаю ежемесячно от _____
Имя и фамилия лица/лиц

\$ _____

For the child or children listed above:

Для ребёнка или детей, указанных выше:

The monthly health insurance premium

Сумма ежемесячной медицинской страховой премии \$ _____

Work-related monthly child care expenses

Ежемесячные расходы на уход за ребенком в связи с работой родителей \$ _____

Extraordinary monthly medical expenses

Сумма чрезвычайных медицинских месячных расходов \$ _____

School and transportation expenses

Расходы на обучение ребёнка в школе и транспортные расходы \$ _____

*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.

*Для определения суммы месячных расходов следует умножить сумму недельных расходов на 4,3 или разделить сумму годовых расходов на 12. Если вы не платите ту же самую сумму ежемесячно за какую-либо категорию указанных расходов, определите среднюю сумму месячных расходов.

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.

Понимая ответственность за дачу ложных показаний, я официально подтверждаю, что содержание этого документа верно согласно моим знаниям и убеждениям и на основании имеющейся у меня информации.

Date
Дата

Signature
Подпись

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.

Общая сумма месячного дохода: включите доход из всех источников, а именно доход от частного предпринимательства, аренды, авторский гонорар, предпринимательский доход, жалованье, заработную плату, комиссионные, премии, дивиденды, пенсии, проценты, выплаты из доверительных фондов, аннуитетные выплаты, выплаты по программе социального обеспечения, компенсационные выплаты за травмы на рабочем месте, пособие по безработице, пособие по случаю утраты трудоспособности, полученные алименты или содержание, чаевые, доход от дополнительных работ, выходное пособие, доходы с капитала, подарки, призы, лотерейные выигрыши и т.д. Не включайте льготные выплаты из средств программ государственного вспомоществования, предоставляемого по принципу нуждаемости, таких как программа обеспечения продовольствием или программа помощи семьям с детьми-иждивенцами (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.

Чрезвычайные медицинские месячные расходы: не обеспеченные страхованием расходы, превышающие сумму в 250 долларов за календарный год, за медицинское лечение, включая ортодонтию, лечение зубов, офтальмологические услуги, лечение астмы, физиотерапию, лечение хронических заболеваний, а также профессиональные психологические консультационные услуги или психотерапия выявленных психических расстройств.

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.

Расходы на услуги ухода за детьми: действительные расходы на услуги ухода за детьми, понесённые в интересах ребёнка по причине того, что один из родителей работает или занимается поиском работы. Сумма оплаты этих расходов определяется на основании фактических данных или уровня, необходимого для обеспечения качественных услуг лицензированных специалистов.

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.

Расходы на обучение ребёнка в школе и транспортные расходы: любые расходы за обучение в специальной или частной начальной или средней школе, в которой удовлетворяются особые потребности ребёнка, и расходы на транспортные перевозки ребёнка из дома одного родителя в дом другого родителя.