

भर्मोन्ट राज्य

उच्च अदालत
एकाइ

पारिवारिक महाशाखा
डकेट नं.

--

वादीको नाम	जन्म मिति	विरुद्ध	प्रतिवादीको नाम	जन्म मिति
------------	-----------	---------	-----------------	-----------

आर्थिक बकपत्र
(400-00813S)
गैर-सम्बन्धविच्छेद

मः वादी हुँ प्रतिवादी हुँ अन्य हुँ: _____

नाम					
मार्ग ठेगाना			पत्राचार ठेगाना (यदि मार्ग ठेगानाभन्दा फरक भएमा)		
सहर/नगर	राज्य	जिप	सहर/नगर	राज्य	जिप
फोन नम्बर (दिन)			फोन नम्बर (साँझ)		
इमेल ठेगाना					

निर्देशनहरू: तपाईंले निम्न अवस्थामा 400-00813S भरेर र दायर गर्नुपर्ने हुन्छ-

1. तपाईं भर्खरै दायर गरिएको पितृत्व मुद्दामा एक पक्ष हुनुहुन्छ भने; वा
2. तपाईंलाई अदालतले यो फाराम भर्न र दायर गर्न आदेश दिएको भएमा वा अर्को पक्षले अनुसन्धान प्रक्रियाको अङ्गको रूपमा फाराम भर्न अनुरोध गरेको भएमा ।

दायर गर्ने अन्तिम मिति: यो फाराम तपाईंको पहिलो केस प्रबन्धकसँगको भेटअघि वा सो भेटमा अदालत समक्ष दायर गरिनुपर्छ । यदि कुनै भेट तय गरिएको छैन भने यो तपाईंको पहिलो निर्धारित अदालती सुनुवाइको कम्तीमा सात (7) दिनअघि दायर गरिनुपर्छ ।

तपाईंले आफूले भरेको फारामको प्रतिलिपि अदालतमा दायर गरेकै समयमा अर्को पक्षलाई पठाउनुपर्छ ।

तपाईंले फाराम भरेर सबै आवश्यक विवरण भरिसकेपछि, तपाईंले तलको प्रमाणीकरण खण्डमा हस्ताक्षर गर्नुपर्छ र तपाईंको हस्ताक्षर नोटराइज गरिएको हुनुपर्छ ।

प्रमाणीकरण

मैले पढेर अनुरोध गरिएको सबै विवरण भरेको छु ।
म आफ्नो जानकारीको आधारमा यसैद्वारा पुष्टि गर्दछु कि मैले उल्लेख गरेका तथ्य र वित्तीय विवरण यस प्रमाणीकरणको मितिसम्म सत्य र सही छन् र मैले यस फाराममा अनुरोध गरिएको कुनै पनि स्रोत वा आम्दानीको रकम वा अन्य विवरण छुटाएको छैन । कुनै पनि गलत विवरण मैले झुटो बयान दिइएको ठहरिन सक्ने छ भन्ने कुरा मैले बुझेको छु । यदि मैले आवश्यक विवरण प्रदान गर्न नसकेमा वा गलत विवरण दिएमा न्यायाधीशले म विरुद्ध प्रतिबन्धको आदेश दिन सक्नुहुने छ भन्ने कुरा पनि मैले बुझेको छु ।

शपथपत्र तयार पार्ने व्यक्तिको हस्ताक्षर

मेरोसामु शपथ
खाएको मिति _____

नोटरी पब्लिकको हस्ताक्षर

मेरो आदेशको म्याद सकिने मिति: _____

1. मः वादी हुँ प्रतिवादी हुँ अन्य हुँ _____

2. मेरा रोजगारदाताको नाम र ठेगाना: _____

म निम्न क्षेत्रमा स्वरोजगार हुँ: _____

म हाल बेरोजगार छु किनकि _____

3. मेरो **कुल मासिक आम्दानी** (कर र कटौतीअघि) निम्नानुसार छः

यदि तपाईं साप्ताहिक रूपमा तलब पाउनुहुन्छ भने साप्ताहिक रूपमा प्राप्त गर्ने रकमलाई 4.333 ले गुणा गर्नुहोस् ।

यदि तपाईं हरेक दुई-दुई हप्तामा तलब पाउनुहुन्छ भने पाक्षिक रूपमा प्राप्त गर्ने रकमलाई 2.165 ले गुणा गर्नुहोस् ।

यदि तपाईंको आम्दानी वर्षभरि फरक-फरक हुन्छ भने तपाईंको वार्षिक आम्दानीलाई 12 ले भाग गर्नुहोस् ।

आम्दानीको प्रकार	रकम
तलब र पारिश्रमिक <input type="checkbox"/> यसमा ओभरटाइम समावेश छ	\$
रोजगारदाताद्वारा भुक्तान गर्ने खर्च	\$
स्व-रोजगार *यदि स्वरोजगार हुनुहुन्छ भने, स्व-रोजगार कार्यपत्र वा IRS अनुसूची C संलग्न गर्नुपर्छ	\$
बेरोजगारी लाभहरू	\$
सामाजिक सुरक्षा लाभहरू प्रकार _____	\$
भूपू सैनिक लाभहरू	\$
पति/पत्नीको भरणपोषण/भत्ता <input type="checkbox"/> यो मुद्दाको अर्को पक्षबाट हो	\$
कामदारको क्षतिपूर्ति वा अपाङ्गता बिमा	\$
आम्दानीका अन्य स्रोत (हरू) (टिप, भाडाको आम्दानी, उपहार, ब्याज, अवकाश भत्ता, आदि । तल सूचीबद्ध गर्नुहोस् वा छुट्टै पाना संलग्न गर्नुहोस्)	\$
कुल जम्मा मासिक आम्दानी	\$

4. म नगदी सरकारी सहायता प्राप्त गर्छु । हो होइन यदि हो भने, प्रकार र मासिक रकम उल्लेख गर्नुहोस्: \$ _____.

5. मेरो यस मुद्दाको अर्को पक्षबाट नभएका निम्न बच्चाहरू छन्:

नाम

जन्म मिति

हालको मुख्य निवास ठेगाना

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

6. मलाई अदालतले निम्न मासिक रकम भुक्तानी गर्न आदेश दिएको छ:

प्रकार	तिर्न आदेश दिइएको रकम	तिरिएको रकम	जारी गर्ने अदालत
अरू बच्चाहरूका लागि बाल सहायता	\$	\$	
पति/पत्नीको भरणपोषण/भत्ता <input type="checkbox"/> यस मुद्दाको अर्को पक्ष हुन् भने चिन्ह लगाउनुहोस्	\$	\$	
अन्य (उल्लेख गर्नुहोस्):	\$	\$	

7. मेरो रोजगारदाता मार्फत मेरो स्वास्थ्य बिमा उपलब्ध छ छैन (यदि उपलब्ध छ भने, निम्न विवरण भर्नुहोस्):

A. कुल मासिक आम्दानी: परिवार योजना \$ _____ 2 व्यक्ति योजना \$ _____ एकल योजना \$ _____

B. यस मुद्दामा संलग्न बच्चा(बालबालिका) को नाम मेरो स्वास्थ्य बिमा योजनामा दर्ता गरिएको छ छैन ।

8. मेरो यस मुद्दामा संलग्न बच्चा(बालबालिका) का लागि रोजगारीसँग सम्बन्धित बाल सहायता (दिवा सेवा/बाल स्याहार) खर्च छ छैन ।

यदि वर्षभरि रकमहरू परिवर्तन भइरहने भएमा, वार्षिक रकमलाई 12 महिनाले भाग गरेर आएको रकम प्रयोग गर्नुहोस् ।
मासिक बाल स्याहार खर्च: \$ _____ मासिक बाल स्याहार अनुदान \$ _____ आफ्नो खल्तीबाट गरिने खर्च: \$ _____

9. यस मुद्दामा संलग्न बच्चा(बालबालिका) का लागि असाधारण खर्चहरू (चालु असाधारण शैक्षिक, चिकित्सकीय वा अन्य विशेष आवश्यकताहरूका लागि, खर्चको प्रकार र प्रति महिना खर्च खुलाउनुहोस्): _____

10. यस मुद्दामा संलग्न कुनै पनि बच्चा (बालबालिका) ले प्राप्त गर्ने मासिक आम्दानी (बच्चाको नाम, आम्दानीको प्रकार [सामाजिक सुरक्षा, अपाङ्गता वा अन्य], मासिक रकम र बच्चाको तर्फबाट लाभ प्राप्त गर्ने व्यक्ति खुलाउनुहोस्): _____