

FORMULAIRE 65

MOIS _____

ÉTAT DES REVENUS ET DES DÉPENSES
(PARAGRAPHE 102(3) DE LA LOI ET RÈGLE 105(4))

REVENUS MENSUELS NETS

| | FAILLI MEMBRES DE L'UNITÉ FAMILIALE | AUTRES |
|---|---|---------------------|
| Salaire net | _____ \$ | _____ \$ |
| Pension /Rentes | _____ \$ | _____ \$ |
| Pension alimentaire nette pour enfant | _____ \$ | _____ \$ |
| Prestations d'assurance emploi nettes | _____ \$ | _____ \$ |
| Pension alimentaire nette pour conjoint | _____ \$ | _____ \$ |
| Prestations d'assistance sociale nettes | _____ \$ | _____ \$ |
| Revenu d'un travail indépendant | _____ \$ | _____ \$ |
| Autres revenus nets | _____ \$ | _____ \$ |
| TOTAL DES REVENUS MENSUELS NETS | (A) _____ \$ | (B) _____ \$ |

DÉPENSES MENSUELLES

DÉPENSES MENSUELLES ET NON DISCRÉTIONNAIRES

| | |
|--|---------------------|
| Pension alimentaire (enfant) | _____ \$ |
| Pension alimentaire (conjoint) | _____ \$ |
| Garde d'enfants | _____ \$ |
| Dépenses relatives à une condition médicale | _____ \$ |
| Pénalité imposée par le tribunal | _____ \$ |
| Dépenses relatives à un emploi | _____ \$ |
| Dettes pour lesquelles la suspension a été levée | (C) _____ \$ |

DÉPENSES DISCRÉTIONNAIRES

DÉPENSES RELATIVES AU LOGEMENT

| | |
|---------------------------|----------|
| Loyer / hypothèque | _____ \$ |
| Taxes foncières | _____ \$ |
| Chauffage Gaz/huile | _____ \$ |
| Téléphone | _____ \$ |
| Câble | _____ \$ |
| Électricité | _____ \$ |
| Eau | _____ \$ |
| Ameublement | _____ \$ |

DÉPENSES PERSONNELLES

| | |
|-------------------------------|----------|
| Tabac | _____ \$ |
| Alcool | _____ \$ |
| Repas/Restaurant | _____ \$ |
| Cadeaux/dons de charité | _____ \$ |
| Allocation | _____ \$ |
| Divertissement | _____ \$ |

DÉPENSES MÉDICALES NON REMBOURSABLES

| | |
|-----------------------|----------|
| Prescription | _____ \$ |
| Soins dentaires | _____ \$ |
| Autres | _____ \$ |

DÉPENSES DE FRAIS DE SUBSISTANCE

| | |
|---------------------------------|----------|
| Nourriture/épicerie | _____ \$ |
| Buanderie/nettoyage à sec | _____ \$ |
| Soins personnels | _____ \$ |
| Vêtements | _____ \$ |

DÉPENSES DE TRANSPORT

| | |
|------------------------------------|----------|
| Location/paiement auto | _____ \$ |
| Entretien/réparation/essence | _____ \$ |
| Transport en commun | _____ \$ |
| Permis et immatriculation | _____ \$ |

DÉPENSES D'ASSURANCES

| | |
|--------------------------------|----------|
| Véhicule | _____ \$ |
| Maison | _____ \$ |
| Ameublement/autres biens | _____ \$ |
| Vie | _____ \$ |

TOTAL (D) _____ \$

DATÉ LE _____
(DATE)

À _____
(VILLE)

NOM (LETTRES MOULÉES)

SIGNATURE