

ROY MÉTIVIER ROBERGE

SYNDIC AUTORISÉ EN INSOLVABILITÉ

Revenus et Dépenses pour le mois de : _____
(mois / année)

Nom: _____ Employeur: _____
Adresse: _____ Téléphone au travail: _____
_____ Employ: _____
Téléphone à domicile: _____ Nom du conjoint(e): _____
État civil: _____ # de membres de l'unité familiale: _____

REVENU MENSUELS DE L'UNITÉ FAMILIALE

	Failli	Conjoint(e)
Revenus d'emploi	_____	_____
Pension/Annuités pour rente	_____	_____
Pension alimentaire pour les enfants	_____	_____
Pension alimentaire pour le conjoint	_____	_____
Prestations d'assurance-emploi	_____	_____
Prestations d'assistance social nettes	_____	_____
Revenus-travailleur autonome	_____	_____
Avantage fiscal d'enfant	_____	_____
Autres revenus	_____	_____
Total	_____	_____

DÉPENSES MENSUELLES NON-DISCRÉTIONNAIRES DE L'UNITÉ FAMILIALE

Pension alimentaire pour les enfants	_____
Pension alimentaire pour le conjoint	_____
Frais de garde d'enfants	_____
Dépenses relatives à une condition médicales	_____
Amendes et pénalités imposées par le tribunal	_____
Dépenses dues à une condition d'emploi	_____
Dettes sujettes à levée de suspension des procédures	_____
Autres dépenses	_____
Total	_____

DÉPENSES MENSUELLES DISCRÉTIONNAIRES DE L'UNITÉ FAMILIALE

Dépenses relatives au logement

Loyer/Hypothèque

Taxes foncières/Frais de copropriété

Chauffage/Gaz/Huile

Téléphone

Câble

Électricité

Eau

Ameublement

Autre

Dépenses personnelles

Tabac

Alcool

Repas/Restaurants

Divertissements/Sports

Cadeaux/Dons de charité

Allocations

Autre

Dépenses médicales non remboursables

Prescriptions

Soins dentaires

Autre

Dépenses de frais de subsistance

Nourriture/Épicerie

Buanderie/Nettoyage à sec

Soins personnels

Vêtements

Autre

Dépenses de transport

Location/Paiements pour automobile

Entretien/Réparation/Essence

Transport en commun

Autre

Dépenses d'assurance

Véhicule

Maison

Ameublement/Autres biens

Assurance-vie

Autre

Paiements

Paiements effectués à l'actif

Paiements effectués au créancier garanti

(Autres que l'hypothèque et le véhicule)

Autre

Total

Revenus Total : _____

Dépenses Total : _____

Différence : _____

Je certifie par les présentes que les renseignements ci-dessus sont, au mieux de ma connaissance, exacts et complets.

Nom du(des) failli(s)

Date