

# Formulaire de contestation pour renvoi auprès du Département des impôts et finances de l'État de New York

- Utilisez ce formulaire pour contester le renvoi du compte de la pension alimentaire de votre enfant au Département des impôts et des finances (Department of Taxation and Finance, DTF) de l'État de New York.
- Remplissez et renvoyez ce formulaire à l'Unité de recouvrement des pensions alimentaires (Support Collection Unit, SCU) **dans les quarante-cinq (45) jours** à dater de l'avis ci-joint.
- Une décision concernant votre contestation vous sera envoyée dans les soixante-quinze (75) jours à dater de l'avis ci-joint.

Je souhaite contester le renvoi de mon dossier au DTF car (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :

1. Je ne suis pas la personne identifiée comme redevable de la pension, tel que confirmé par :
- une copie de mon permis de conduire ou de ma carte d'identité
  - une copie de mon passeport ou de ma carte de sécurité sociale
  - autre \_\_\_\_\_
2. Je ne fais l'objet d'aucune ordonnance judiciaire relative au paiement d'une pension alimentaire, ou mon ordonnance de pension alimentaire a été annulée, résiliée ou n'a jamais été rendue par le tribunal, et aucune pension alimentaire n'est due, comme le prouvent les documents suivants :
- une copie de l'ordonnance du tribunal annulant ou résiliant mon ordonnance de paiement de la pension alimentaire de mon enfant
  - autre \_\_\_\_\_
3. Le montant indiqué comme étant dû n'est pas correct et/ou ne correspond pas à au moins quatre mois de pension alimentaire, comme le prouvent les éléments suivants :
- une copie (recto et verso) d'un chèque ou d'un mandat annulé qui a été déposé par l'agence chargée des pensions alimentaires, mais qui n'a pas été crédité sur mon compte
  - documentation qui soutient mon affirmation selon laquelle la pension alimentaire de mon enfant n'a pas été calculée avec précision
  - une copie de mon ordonnance judiciaire modifiant mon ordonnance de paiement de la pension alimentaire ou fixant le montant dû
  - autre \_\_\_\_\_
4. Je bénéficie d'une aide temporaire, d'une assistance médicale, d'un programme d'assistance alimentaire supplémentaire les allocation (SNAP) (anciennement bons alimentaires), ou le revenu complémentaire de sécurité (SSI), comme le prouvent les éléments suivants :
- une copie de mon permis de conduire ou de ma carte d'identité
  - une copie de la lettre prouvant les prestations dont je bénéficie
  - autre \_\_\_\_\_

Autres commentaires :

---

---

---

Numéro de dossier de New York : \_\_\_\_\_ Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Nom (en imprimé) : \_\_\_\_\_ Tél : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_