

Sample for Reference Purposes Only. Forms have bilingual format for your convenience, but must be completed and filed with the court in English. **Formulaire type pour consultation uniquement. Le format bilingue des formulaires a pour objet de vous faciliter la tâche, mais il faudra remplir et déposer les formulaires en anglais auprès du tribunal.**

**Cochez cette case si ce formulaire contient des informations de diffusion restreinte.**



**CIRCUIT COURT FOR \_\_\_\_\_, MARYLAND**  
City/County

**TRIBUNAL DE PREMIÈRE INSTANCE DE \_\_\_\_\_, MARYLAND**  
Ville/Comté

Located at \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_  
Court Address

Situé à \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_  
Adresse du tribunal Case No. / Affaire n°

Plaintiff / Demandeur

Defendant / Défendeur

Street Address / Adresse

Street Address / Adresse

City, State, Zip / Ville, État, Code postal

Telephone / Téléphone

City, State, Zip / Ville, État, Code postal

Telephone / Téléphone

E-mail / E-mail

E-mail / E-mail

**COMPLAINT FOR CHILD SUPPORT**  
**PLAINTE POUR PENSION ALIMENTAIRE POUR ENFANT**  
**(Family Law Art., Title 12)**  
**(Art. de droit familial, Titre 12)**

If this submission contains Restricted Information (confidential by statute, rule or court order) you must file a Notice Regarding Restricted Information Pursuant to Rule 20-201.1 (form MDJ-008) with this submission, and check the Restricted Information box on this form.

Si cette soumission contient des informations de diffusion restreinte (confidentielles en vertu d'une loi, d'une règle ou d'une ordonnance du tribunal), vous devez déposer un Avis concernant les informations de diffusion restreinte conformément à la Règle 20-201.1 (Formulaire MDJ-008) avec cette soumission, ainsi que cocher la case Informations de diffusion restreinte de ce formulaire.

**NOTE:** Complete and attach a financial form to this document. If parents' combined gross monthly income (not take home pay) is **\$30,000 or less**, attach Financial Statement (Child Support Guidelines) (CC-DR-030); if the combined gross monthly income is **more than \$30,000**, attach Financial Statement (General) (CC-DR-031).

**NOTE :** Remplir et joindre un état financier à ce document. Si les revenus bruts mensuels combinés des parents (pas les revenus nets) sont **de 30 000 USD ou moins**, joignez un état financier (Directives pour la pension alimentaire pour enfant) (CC-DR-030) ; si les revenus mensuels bruts combinés sont **supérieurs à 30 000 USD**, joignez un état financier (général) (CC-DR-031).

My name is \_\_\_\_\_ and I state that:  
Name

Je m'appelle \_\_\_\_\_ et je déclare que :  
Nom

1. I am the  mother  father  \_\_\_\_\_  
Relationship (for example, aunt, grandfather, guardian)  
of the following child(ren) or adult disabled person(s), including children who are under age 19, and are enrolled in secondary school:

Je suis la mère le père \_\_\_\_\_  
Relation (par exemple, tante, grand-père, tuteur)  
du ou des enfants ou adultes handicapés suivants, y compris les enfants âgés de moins de 19 ans, et qui sont inscrits dans un établissement d'enseignement secondaire :

Name(s) Nom(s)	Date(s) of birth Date(s) de naissance

2. I know of the following cases, or I have been involved (as a party, witness, etc.) in the following cases about me, my spouse, or the child(ren). *Include cases such as custody, child support, guardianship, domestic violence/protective order, paternity, divorce, visitation (child access), CINA, delinquency, termination of parental rights, adoption or other cases.*  
 J'ai connaissance des affaires suivantes ou je suis impliqué(e) (en tant que partie, témoin, etc.) dans les affaires suivantes me concernant moi, mon époux/épouse ou le ou les enfants. *Incluez les affaires comme la garde, la pension alimentaire pour enfants, la tutelle, la violence domestique/ordonnance de protection, la paternité, le divorce, le droit de visite (accès à l'enfant), les affaires d'enfants ayant besoin d'assistance (CINA), la délinquance, l'annulation des droits parentaux, l'adoption ou d'autres affaires.*

Court Tribunal	Case No. N° de l'affaire	Kind of Case Type d'affaire	Year Filed Année de dépôt	Result or Status (if you know) Résultat ou statut (si connu)

**Attach the most recent court order for these cases.**

**Veillez joindre l'ordonnance du tribunal la plus récente pour ces affaires.**

3. The child(ren) currently live(s) at \_\_\_\_\_  
 Address  
 with \_\_\_\_\_  
 Name

Le ou les enfants résident actuellement à \_\_\_\_\_  
 Adresse  
 avec \_\_\_\_\_  
 Nom

4. \_\_\_\_\_ is the  mother  father of the child(ren) and  
 Name

***(check all that apply):***

\_\_\_\_\_ est la mère le père de l'enfant ou des enfants et  
 Nom

***(cochez tout ce qui s'applique) :***

- is not making child support payments.  
ne verse pas la pension alimentaire pour enfant.
- is not making regular child support payments.  
ne verse pas régulièrement la pension alimentaire pour enfant.
- is not making child support payments in an amount required by the Maryland Child Support Guidelines.  
n'effectue pas les paiements de la pension alimentaire pour le montant exigé dans les directives de pension alimentaire pour enfant du Maryland.
- is making child support payments, but I need an Earnings Withholding Order.  
effectue les paiements de la pension alimentaire, mais j'ai besoin d'une ordonnance de saisie sur salaire.

**FOR THESE REASONS**, I ask the court to order that (*check all that apply*):

**POUR CES RAISONS**, je demande au tribunal d'ordonner que (*cochez tout ce qui s'applique*) :

\_\_\_\_\_ pay child support in an amount required by the Maryland Child Support Guidelines.  
Name

\_\_\_\_\_ verse la pension alimentaire pour enfant pour le montant exigé dans les directives de pension alimentaire pour enfant du Maryland.

child support be paid by Earnings Withholding Order through the local support enforcement agency.  
la pension alimentaire pour enfant soit versée par le biais d'une ordonnance de saisie sur salaire avec la participation de l'organisme local chargé de faire appliquer les pensions.

\_\_\_\_\_ provide health insurance for the child(ren).  
Name  
\_\_\_\_\_ souscrire une assurance-maladie pour l'enfant ou les enfants.  
Nom

\_\_\_\_\_ pay back child support (support arrearages), if appropriate, from the date of filing.  
Name

\_\_\_\_\_ paie les arriérés de pension alimentaire pour enfant (arriérés), le cas échéant, à partir de la date de dépôt.  
Nom

any other appropriate relief.

tout autre redressement approprié.

\_\_\_\_\_  
Date  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature  
Signature

\_\_\_\_\_  
Printed Name  
Nom en caractères d'imprimerie

\_\_\_\_\_  
Street Address  
Adresse

\_\_\_\_\_  
City, State, Zip  
Ville, État, Code postal

\_\_\_\_\_  
Telephone Number  
Numéro de téléphone

\_\_\_\_\_  
E-mail  
E-mail

\_\_\_\_\_  
Fax  
Fax