

<b>JDF 211</b>	<b>Demande de réduction des frais</b> Pour le Bureau des services de règlement des litiges	
	1. Numéro de rôle : _____	
	2. L'affaire a été déposée à (comté) : _____	

Je demande une réduction de mes frais relatifs aux services du Bureau de règlement des litiges (ODR).

**Remarque !** Vous n'avez pas besoin de ce formulaire si le tribunal vous a dispensé de payer les frais de dépôt (JDF 206) au cours des six derniers mois. Envoyez une copie de cette ordonnance au médiateur pour être automatiquement éligible.

### 3. Mes informations

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse postale complète : \_\_\_\_\_  
 Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

### 4. Informations sur la médiation (si connues)

La médiation est prévue pour (date) \_\_\_\_\_  
 Nom du médiateur \_\_\_\_\_

### 5. Éligibilité automatique

Êtes-vous inscrit à l'un des programmes suivants ?  Non.  **Oui.\***

Cochez toutes les cases qui s'appliquent :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aid to the Blind Colorado   | <input type="checkbox"/> Temporary Aid for Needy Families (TANF)   |
| <input type="checkbox"/> Old Age Pension – A et B.   | <input type="checkbox"/> Supp. Nutrition Assistance Program (SNAP) |
| <input type="checkbox"/> Supp. Security Income (SSI) | <input type="checkbox"/> Aid to the Needy and Disabled (AND)       |

\* Si oui, passez à la Section 10 du présent formulaire.

### 6. Renseignements professionnels

Titre du poste : \_\_\_\_\_ Société : \_\_\_\_\_  
 Adresse de bureau complète : \_\_\_\_\_  
 Date(s) paiement: \_\_\_\_\_ Heures/semaine: \_\_\_\_\_ Tarif rémunération:\$ \_\_\_\_\_

Titre du 2e emploi : \_\_\_\_\_ Société : \_\_\_\_\_  
 Adresse de bureau complète : \_\_\_\_\_  
 Date(s) paiement: \_\_\_\_\_ Heures/semaine: \_\_\_\_\_ Tarif rémunération:\$ \_\_\_\_\_

**7. Membres du ménage**

Nombre de personnes dans le ménage : (y compris vous-même) \_\_\_\_\_.

Énumérez les adultes qui contribuent aux revenus du ménage :

Nom	Relation	Revenu avant impôts
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

**8. Revenus et dépenses mensuels**

Revenu avant impôts (Revenu brut)	\$	Dépenses	\$
À moi (salaires/comm./pourboires)	\$ _____	Loyer/hypothèque	\$ _____
Membres du ménage	\$ _____	Courses / Factures	\$ _____
Prestations de chômage	\$ _____	Entretien/pensions alimentaires pour enfants	\$ _____
Entretien (pension alimentaire)	\$ _____	Médical/Dentaire	\$ _____
Autre : _____	\$ _____	Transport	\$ _____
Autre : _____	\$ _____	Prêts/Cartes de crédit	\$ _____
<b>Revenu total du ménage</b>	<b>\$ _____</b>	<b>Dépenses totales du ménage</b>	<b>\$ _____</b>

**9. Ce que vous possédez**

Actif	\$ Valeur	Description de l'actif	\$ Encore en possession
Compte d'épargne	\$ _____	Nom de la banque : _____	
Compte chèque	\$ _____	Nom de la banque : _____	
Liquidités	\$ _____		
Autre propriété	\$ _____	Type : _____	\$ _____
Actions, obligations et fonds communs de placement	\$ _____	Type : _____	
Autres investissements	\$ _____	Type : _____	\$ _____
<b>Total des actifs</b>	<b>\$ _____</b>	<b>Convertible en espèces</b>	<b>\$ _____</b>

## 10. Pièces jointes

J'ai joint à ce formulaire : *(cochez une case)*

- Preuve d'éligibilité automatique *(à partir de la section 5).*  
*(Il peut s'agir d'une lettre d'attribution ou d'une capture d'écran de l'application de prestations où figure votre nom.)*

**Ou**

- Relevés bancaires **et** justificatifs de revenus des deux derniers mois.

## 11. Soumission

Envoyez cette demande au Bureau de résolution des litiges au plus tard le :

Email : [odrmediations@judicial.state.co.us](mailto:odrmediations@judicial.state.co.us)

Par fax : 303-218-9145

Pour toute question, appelez le Bureau de règlement des litiges au 720-625-5940.

## 12. Signature vérifiée

Je déclare sous peine de parjure en vertu de la loi du Colorado que ce qui précède est vrai et correct.

Signé le \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, à  
*(date) (mois) (année)*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
*(ville ou autre lieu, et État ou pays)*

Votre nom en lettres capitales : \_\_\_\_\_

Votre signature : \_\_\_\_\_

# Instructions

## 1. Revenu avant impôts

Comprend les revenus des membres du ménage qui contribuent à la prise en charge commune du foyer.

### Revenus concernés :

- Émoluments
- Pourboires
- Salaires
- Primes
- Pension alimentaire
- Retraites
- Redevances
- Annuités
- Dividendes
- Commissions
- Gains en capital
- Indemnité de licenciement
- Revenu fiduciaire
- Prestations de retraite
- Prestations de chômage
- Rémunération entrepreneur indépendant
- Invalidité Sécurité sociale (SSD)
- Sec. sociale Revenu complémentaire (SSI)
- Revenus d'intérêts/de placements
- Indemnités pour accident du travail

**Remarque :** Ne pas inclure les revenus des **colocataires**. N'inclure leurs revenus que si vous partagez des comptes bancaires ou si vous mettez des fonds en commun.

### Ne pas inclure :

- Bons d'alimentation
- Pension alimentaire pour enfants
- Assistance publique
- Paiements TANF
- Logement subventionné
- Invalidité Ancien combattant

## 2. Liquidités/ convertibles en espèces

Comprend les liquidités en main ou en compte, les actions, les obligations, les certificats de dépôt et les actions. Il s'agit également des biens personnels ou des investissements qui pourraient être convertis en espèces sans mettre en péril votre capacité à conserver un logement et un emploi.

## 3. Dépenses

**Ne pas inclure** les éléments non essentiels tels que l'abonnement TV, les services de streaming, les inscriptions à des clubs, les divertissements, les sorties au restaurant, l'alcool, les cigarettes, etc. Les catégories de dépenses autorisées sont énumérées sur le formulaire.

## 4. Pièces jointes

Ne joignez pas les documents originaux. Vous pouvez supprimer les numéros de compte financier et d'identification fiscale.