

N° de dossier du tribunal

Nom du tribunal _____

Lieu _____

REMARQUE : Veuillez écrire en caractères d'imprimerie. Remplissez uniquement les parties A et B. Les parties C, D, E et F sont réservées au tribunal.

A. RENSEIGNEMENTS POUR LE BUREAU DES OBLIGATIONS FAMILIALES

RENSEIGNEMENTS SUR LES PARTIES

N° de dossier du Bureau des obligations familiales (*s'il est connu*) _____

Payeur

Nom du payeur		Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
N° civique	Unité/Suite/App.	Rue	
Ville		Province	Code postal
N° d'assurance sociale		Nom de jeune fille de la mère du payeur	
N° de téléphone résidentiel		N° de téléphone d'affaires	N° de téléphone cellulaire
Langue préférée			

Bénéficiaire

Nom du bénéficiaire		Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
N° civique	Unité/Suite/App.	Rue	
Ville		Province	Code postal
N° d'assurance sociale		Nom de jeune fille de la mère du bénéficiaire	
N° de téléphone résidentiel		N° de téléphone d'affaires	N° de téléphone cellulaire
Langue préférée			

EMPLOI DU PAYEUR

Nom de l'employeur/de la source de revenu _____

Adresse du bureau de la paie

N° civique	Unité/Suite/App.	Rue	
Ville		Province	Code postal

- Travailleur indépendant (*indiquez la raison sociale et l'adresse de l'entreprise*) _____
- Sans emploi
- Bénéficiaire de prestations familiales ou d'une autre forme d'aide sociale
- Bénéficiaire de prestations d'assurance-emploi
- Autre (indemnités d'accident de travail, prestations de retraite, etc.) _____
- Le bénéficiaire ne sait pas

RENSEIGNEMENTS SUR L'ORDONNANCE ALIMENTAIRE

L'ordonnance alimentaire modifie-t-elle une ordonnance alimentaire antérieure? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez la date de l'ordonnance antérieure _____

LES PARTIES C, D, E ET F SONT RÉSERVÉES AU TRIBUNAL

B. L'ordonnance de retenue des aliments ci-jointe a trait à une ordonnance alimentaire qui déclare que :
 _____ est tenu(e) de verser des aliments
 Nom du payeur
 pour les personnes suivantes :

C. TYPE D'ORDONNANCE ALIMENTAIRE
 provisoire définitive

Nom	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Montant à verser	Fréquence	Début des versements (jj/mm/aaaa)	Fin des versements (s'il y a lieu) (jj/mm/aaaa)
Conjoint :		\$			
a.					
Autres personnes à charge		\$			
b.					
c.		\$			
d.		\$			
e.		\$			
f.		\$			

D. DÉPENSES SPÉCIALES

Nom de l'enfant ou des enfants	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Montant	Fréquence	Début des versements (jj/mm/aaaa)	Fin des versements (s'il y a lieu) (jj/mm/aaaa)
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			

E. INDEXATION AU COÛT DE LA VIE (NE S'APPLIQUE PAS AUX ALIMENTS POUR LES ENFANTS)

Les aliments sont indexés conformément au par. 34(5) de la Loi sur le droit de la famille Oui Non

Si un autre mode d'indexation est utilisé, expliquez-le : _____

F. ARRIÉRÉ – Si l'ordonnance est rétroactive, si l'ordonnance est une ordonnance modificative ou si elle prévoit un calendrier de paiement de l'arriéré, un arriéré est-il exigible à la date de l'ordonnance?

Non Oui. Dans l'affirmative, le montant de l'arriéré = _____ \$

et l'arriéré est à payer comme suit (s'il y a lieu) _____

LES PARTIES A ET B ONT ÉTÉ REMPLIES PAR : (veuillez écrire en caractères d'imprimerie)

Nom	Titre (si procureur d'une partie, indiquez laquelle)	N° de téléphone
-----	--	-----------------