FORMULE 70X

COUR DU BANC DU ROI (DIVISION DE LA FAMILLE)

Centre de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Conformément à l’article 28 de la* Loi d’interprétation*, le masculin est utilisé dans un sens épicène.)*

ENTRE :

*(nom au complet)*

requérant

— et —

*(nom au complet)*

intimé

**NON-PARTICIPATION AU PROGRAMME D’EXÉCUTION DES ORDONNANCES ALIMENTAIRES**

J’ai le droit de recevoir des paiements alimentaires en vertu d’une ordonnance rendue

le par .

*(date) (juge)*

Je ne désire pas actuellement que l’ordonnance alimentaire qui a été rendue en ma faveur soit enregistrée dans le cadre du Programme d’exécution des ordonnances alimentaires. Je reconnais ce qui suit :

* La *Loi sur l’exécution des obligations alimentaires* du Manitoba prévoit l’exécution automatique des ordonnances alimentaires et la surveillance d’office des obligations qui en découlent. Si j’étais inscrit au Programme, les paiements alimentaires qui me sont dus seraient versés par l’intermédiaire du tribunal et le personnel chargé du Programme d’exécution des ordonnances alimentaires consignerait les paiements et s’assurerait de leur versement. Si les paiements effectués étaient insuffisants, le personnel chargé du Programme d’exécution des ordonnances alimentaires prendrait automatiquement des mesures d’exécution en mon nom.
* Si je signe et remets la présente formule, je ne recevrai aucune aide du Programme d’exécution des ordonnances alimentaires pour percevoir les paiements qui me sont dus et m’assurer de leur versement.
* Les paiements qui me sont dus ne seront pas consignés dans le cadre du Programme d’exécution des ordonnances alimentaires et leur versement ne sera pas assuré au moyen de ce programme.
* Je peux m’inscrire ultérieurement au Programme d’exécution des ordonnances alimentaires.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du bénéficiaire Signature du bénéficiaire

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du témoin Signature du témoin