

FORMULE DE RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU RECALCUL ET À L'EXÉCUTION DES ORDONNANCES ALIMENTAIRES

Nom de la partie qui remplit la présente formule : _____

Veillez inscrire l'ordonnance ci-jointe au Programme d'exécution des ordonnances alimentaires

Oui Non

[Remarque : le Programme d'exécution des ordonnances alimentaires ne peut inscrire une ordonnance si seule la personne qui doit effectuer des paiements demande cette inscription.]

Veillez inscrire l'ordonnance ci-jointe au service des aliments pour enfants pour les futurs recalculs

Oui Non

[Veillez cocher la case ci-dessous si vous souhaitez donner l'autorisation qui suit dans certaines circonstances.]

J'autorise le service des aliments pour enfants à m'envoyer à mon adresse électronique désignée des documents, y compris des avis, de la correspondance, des demandes de renseignements financiers et des décisions relatives aux aliments pour enfant. Je peux révoquer en tout temps la présente autorisation par écrit.

Si vous ne souhaitez pas que la présente ordonnance soit inscrite au Programme d'exécution des ordonnances alimentaires ou au service des aliments pour enfants, n'indiquez que les noms des parties et le numéro de dossier du tribunal.

PERSONNE TENUE DE FAIRE LES PAIEMENTS : _____

(nom)

| | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| Adresse : | Date de naissance : |
| Ville et province : | N° d'assurance sociale : |
| Pays : | N° de traité : |
| Code postal : | Nom de jeune fille de la mère : |
| N° de téléphone (maison) : | N° de téléphone (travail) : |
| N° de téléphone (cellulaire) : | Adresse électronique : |

EMPLOI :

| | |
|---|-------------------|
| Profession (métier, membre d'un syndicat, etc.) : | |
| Employeur actuel : | |
| Adresse : | |
| Ville, province et pays : | N° de téléphone : |
| Code postal : | |

PERSONNE AYANT LE DROIT DE RECEVOIR LES PAIEMENTS : _____

(nom)

| | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| Adresse : | Date de naissance : |
| Ville et province : | N° d'assurance sociale : |
| Pays : | N° de traité : |
| Code postal : | Nom de jeune fille de la mère : |
| N° de téléphone (maison) : | N° de téléphone (travail) : |
| N° de téléphone (cellulaire) : | Adresse électronique : |

ENFANT(S)

| Nom | Date de naissance | Adresse |
|-----|-------------------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |