



Nunavut Gazette

Gazette du Nunavut

Part II/Partie II

Special Edition / Édition spéciale

2003-07-11

Vol. 5, No. 1 / Vol. 5, n° 1

**TABLE OF CONTENTS/
TABLE DES MATIÈRES**

**SI: Statutory Instrument/
TR : Texte réglementaire**

**R: Regulation/
R : Règlement**

Registration No./
N° d'enregistrement

Name of Instrument/
Titre du texte

Page

R-008-2003
R-008-2003

Interjurisdictional Support Orders Forms Regulations
Règlement sur les formules d'exécution réciproque des ordonnances
alimentaires

13
13

REGULATIONS / RÈGLEMENTS

INTERJURISDICTIONAL SUPPORT ORDERS ACT

R-008-2003

Registered with the Registrar of Regulations

2003-06-12

INTERJURISDICTIONAL SUPPORT ORDERS FORMS REGULATIONS

The Commissioner, on the recommendation of the Minister, under section 44 of the *Interjurisdictional Support Orders Act* and every enabling power, makes the *Interjurisdictional Support Orders Forms Regulations*.

1. The forms to be used for the purposes of a support application or a support variation application under the *Interjurisdictional Support Orders Act* are set out in the Schedule to these regulations.

LOI SUR L'EXÉCUTION RÉCIPROQUE DES ORDONNANCES ALIMENTAIRES

R-008-2003

Enregistré auprès du registraire des règlements

2003-06-12

RÈGLEMENT SUR LES FORMULES D'EXÉCUTION RÉCIPROQUE DES ORDONNANCES ALIMENTAIRES

Sur la recommandation du ministre, en vertu de l'article 44 de la *Loi sur l'exécution réciproque des ordonnances alimentaires* et de tout pouvoir habilitant, le commissaire prend le *Règlement sur les formules d'exécution réciproque des ordonnances alimentaires*.

1. Les formules à utiliser pour l'application d'une requête en aliments ou d'une requête en modification de l'ordonnance alimentaire en vertu de la *Loi sur l'exécution réciproque des ordonnances alimentaires* figurent à l'annexe de ce règlement.

SCHEDULE

Form A

Court File #: _____ Court Location: _____ REMO/RESO/ISO # _____ <p style="text-align: right;">Office use only</p>

This is a:

- SUPPORT APPLICATION, or**
- SUPPORT VARIATION APPLICATION.**

This application is made pursuant to the *Interjurisdictional Support Orders Act* S.Nu. 2002, c.26.

1. Person applying for an order:

(Last Name)	(First Name)	(Middle Names)
(Street address and City/Town)		
(Territory and Postal Code)		(daytime telephone)
(Mailing Address, if different than street address)		(fax number)
(E-Mail)		
These are: <input type="checkbox"/> my own addresses, or <input type="checkbox"/> c/o my lawyer, or <input type="checkbox"/> c/o another person		

2. Person responding to this application (the respondent) is:

(Last Name)	(First Name)	(Middle Names)
(Street address and City/Town)		
(Province and Postal Code)		(daytime telephone)
(Mailing Address, if different than street address)		(fax number)
(E-Mail)		
These are: <input type="checkbox"/> home addresses, or <input type="checkbox"/> c/o a lawyer, or <input type="checkbox"/> c/o another person		

3a I ask the Court to include in its order:

For SUPPORT

- A determination that the respondent is the parent of the child(ren) named in this application.

3b I ask the Court to include in its order:

For SUPPORT VARIATION

- A change or variation in the amount of support in the current support order or agreement, from \$ _____ per month, to \$ _____

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Child support. If the respondent does not file sufficient financial information, or respond, a child support order for a total of \$ _____ per month, starting as of _____ | <input type="checkbox"/> A change in the amount of unpaid support arrears owing under the current support order(s) or agreement(s), and that the arrears be 'fixed' or set at \$ _____ as of _____ |
| <input type="checkbox"/> That the respondent obtain and maintain medical and/or dental insurance coverage for the child(ren) and/or myself | <input type="checkbox"/> The termination of the obligation to pay support for (name) _____, as of _____ |
| <input type="checkbox"/> Support for myself of \$ _____ per month starting as of _____ | <input type="checkbox"/> Other (specify): _____ |
| <input type="checkbox"/> Other (specify): _____ | |

4. Social Assistance (complete both statements):

I am receiving social assistance Yes, or No

The respondent is/may be receiving social assistance now, or has in the past Yes, or No

5. Case History: Previous Court Orders or Agreements (check all that apply):

- There are no court orders or agreements involving the respondent, the child(ren) and me.
- There are court order(s) involving the respondent, the child(ren) and me. A copy of each court order is attached.
- There is a written agreement involving the respondent, the child(ren) and me. A copy of the agreement, and any changes to it, is attached.
- There is no Divorce action in progress.
- There is a Divorce action in progress. It does not include a claim for support.
- A Divorce order has been made; it does not deal with support. A copy is attached.

6. Family History (check all that apply):

- The respondent and I never lived together
- The respondent and I have a child or children together
- The respondent and I started living together on _____
- The respondent and I were married on _____
- The respondent and I entered into a formal, legally-recognized, relationship by registering our civil union or domestic partnership on _____
- The respondent and I separated on _____

The respondent and I were divorced by an order dated _____

7. The following documents are attached to and form part of the evidence in this application:

(check all that apply)

Office use
only

For Support and Support Variation applications			Office use only
<input checked="" type="checkbox"/>	Identification Information (required)	Form B	
<input type="checkbox"/>	Evidence of Parentage	Form C	
<input type="checkbox"/>	Statements to Support a Declaration of Biological Parentage (disputed)	Form D	
<input type="checkbox"/>	Child Support Claim	Form E	
<input type="checkbox"/>	Request for a Support Order (if no financial information)	Form F	
<input type="checkbox"/>	Request for a Child Support Order (different than child support guidelines)	Form G	
<input type="checkbox"/>	Special Expense Claim	Form H	
<input type="checkbox"/>	Request to Pay Child Support (different than child support guidelines)	Form I	
<input type="checkbox"/>	Support for Claimant / Applicant	Form J	
<input type="checkbox"/>	Financial Statement	Form K	
<input type="checkbox"/>	Child Status and Financial Statement	Form L	
<input type="checkbox"/>	Evidence to Support Variation of a Support Order	Form M	
Other Documents attached			
<input type="checkbox"/>	Legal or Statutory Authority for application		
<input type="checkbox"/>	All Support Orders or Written Agreements between the parties, or relating to any child for whom support is claimed		
<input type="checkbox"/>	Documents required by the jurisdiction hearing this application		
<input type="checkbox"/>	Other (list)		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		

I, _____ make oath or affirm and say that the information and facts contained in this application, including the attached forms, are true. I am making this application in good faith.

SWORN OR AFFIRMED BEFORE ME

At the _____ of _____

In the Territory of _____

On _____, 200____.

Claimant's/Applicant's signature

Notary Public in and for Nunavut

Legal Authority on which my application is based: (check one)

- A copy of the statute or legal authority is attached. I ask the Court to take notice of it when making its order.
- I rely on the law of the jurisdiction hearing this case.

Form B

IDENTIFICATION INFORMATION

1. INFORMATION ABOUT ME

LAST NAME	FIRST	MIDDLE	SOCIAL INSURANCE #	SEX	DATE OF BIRTH
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DAY MONTH YEAR

2. CHILD(REN) (if there are more than four children, attach additional page)

LAST NAME	FIRST	MIDDLE	Province/Territory/State of residence (last 6 mos)	Sex of child	DATE OF BIRTH
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DAY MONTH YEAR
1.				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
2.				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
3.				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
4.				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

3. INFORMATION ABOUT THE RESPONDENT (the other person)

LAST NAME	FIRST	MIDDLE	SOCIAL INSURANCE #	SEX	DATE OF BIRTH
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DAY MONTH YEAR
ALIASES / OTHER NAMES USED		HEALTHCARE NUMBER		PERSON RESPONDENT LIVING WITH (spouse, common-law, or other partner)	
OTHER IDENTIFICATION NUMBERS				RESPONDENT'S MOTHER'S MAIDEN (BIRTH) NAME	
CURRENT, OR LAST KNOWN ADDRESS (STREET & NUMBER)			CITY	THE RESPONDENT'S ADDRESS IS: <input type="checkbox"/> CURRENT, or <input type="checkbox"/> AS OF (date):	
PROVINCE / TERRITORY / STATE		COUNTRY	POSTAL / ZIP CODE		AREA CODE & PHONE – HOME
E-Mail Address					
<input type="checkbox"/> CURRENT, OR <input type="checkbox"/> LAST KNOWN EMPLOYER			USUAL OCCUPATION (INCLUDE UNION & LOCAL, TRADE OR PROFESSIONAL MEMBERSHIP)		
WORK ADDRESS (STREET & NUMBER)			CITY	AREA CODE & PHONE – WORK	
PROVINCE / TERRITORY / STATE		COUNTRY	POSTAL / ZIP CODE		AREA CODE & FAX -- WORK

4. DESCRIPTION OF RESPONDENT

HEIGHT	WEIGHT	EYE COLOUR	HAIR COLOUR	COMPLEXION	WEARS GLASSES? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N CONTACTS? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	PLACE OF BIRTH	
VISIBLE DISTINGUISHING MARKS OR FEATURES (TATTOOS, BEAUTY MARKS, SCARS, ETC.)							
FRIENDS AND/OR RELATIVES WHO KNOW WHERE TO CONTACT THE RESPONDENT							
NAME	RELATION	ADDRESS	CITY	PROV/TERR/ STATE	POSTAL/ ZIP CODE	TELEPHONE	
1.							
2.							
3.							

PHOTOGRAPH OF RESPONDENT IS NOT ATTACHED, OR ATTACHED. YEAR PHOTO TAKEN: _____.

I have a Maintenance Enforcement file in my province/territory/state. File # _____

I do not have a file with any Maintenance Enforcement Program

This document is attached to, and forms part of the evidence in, my support application/support variation application:

Claimant's/Applicant's signature

Form C

EVIDENCE OF PARENTAGE

- I am entitled to claim support for the child named below.
- I ask the Court to declare that the respondent is a parent of the child:

Full name of child (Last, First, Middle)	Child's Date of Birth (day, month, year)

I claim that the respondent is a parent of the child because (*check all that apply*):

- The claimant and respondent were married to each other, or in a registered civil union, at the time of the child's birth
 - The marriage of the claimant and respondent ended by a Court judgment or a divorce order within 300 days before the birth of the child
 - The claimant and respondent married each other after the child was born, and the respondent said he is the father
 - The respondent has said, in writing, that he is the father of the child (copy attached)
 - The respondent is registered as the father of the child on the birth registration or Vital Statistics records (copy attached)
 - The claimant and respondent lived together as a couple when the child was born, or the child was born within 300 days of the end of the relationship. The claimant and respondent had lived together for approximately _____ (years, months)
 - The claimant did not have sexual intercourse with any other man during the time 30 days before to 30 days after the date the child was conceived
 - A genetic test was done to establish parentage. It shows the respondent is a parent of the child (copy attached)
 - The respondent is not a biological parent of the child, but has acted as a parent to the child for approximately _____ (years, months). Attached is my written explanation of how the respondent acted as a parent to the child.
- I believe the respondent will agree with a finding of parentage, or
 - I believe the respondent may dispute parentage of the child. I attach Form D and additional documents to support my claim that the respondent is (or acted as) a parent of the child.

This document is attached to, and forms part of the evidence in, my support application/support variation application:

Claimant's/Applicant's signature

Form D

STATEMENTS TO SUPPORT A DECLARATION OF BIOLOGICAL PARENTAGE

I am the mother of the child named below:

Child's Full Name (Last, First, Middle)	Date of Birth (day, month, year)	Place of Birth (City, Prov/Terr, Country)
---	----------------------------------	---

1. I claim that the respondent is the father of the child, because:

I had sexual intercourse with the respondent: (City, Prov/Terr, Country) (day, month, year OR from [date] to [date])	Full Term Pregnancy? <input type="checkbox"/> Yes, or <input type="checkbox"/> No (explain)
---	---

2. Other facts about my claim that the respondent is the father of the child (*check all that apply*):

a	We lived together	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Dates	to
b	I told social assistance officials that he is the father	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
c	I told him that he was the father of the child	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
d	He is named as the father on the birth registration	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> certified copy attached	
e	He admitted being the father of the child	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
f	He signed an acknowledgement of paternity	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> certified copy attached	
g	He sent cards/letters/e-mails regarding the pregnancy and/or birth of the child	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> copies attached	
h	He was present when the child was born	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
i	He visited the child at the hospital following birth	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
j	He offered to pay for an abortion/medical expenses	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
k	He paid for birth-related expenses	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
l	He claimed the child on tax returns	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know	
m	He has provided food, clothes, gifts, or financial support for the child	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	If Yes, explain in #3	
n	He lived with the child	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	If Yes, explain in #3	
o	He visited the child	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	If Yes, explain in #3	
p	The child looks like him <input type="checkbox"/> Photo attached	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	If Yes, explain in #3	
q	There are witnesses to my relationship with him. (If Yes, list names, addresses, and facts known by each person in #3)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	If Yes, explain in #3	

3. Other information in support of a declaration of parentage. Explanations for the 'yes' answers in question #2 are given below. Continued on attached sheets(s)

4. I agree to cooperate with a request for genetic testing of myself to confirm parentage. I agree to make the child, if in my custody, available for genetic testing.

5. I had sexual intercourse with a man other than the respondent during the time 30 days before to 30 days after the date the child was conceived No Yes (if yes, complete the following)

a. The name(s) of the other man/men:

b. The other man/men is/are blood relatives of the respondent (e.g. brother, cousin, uncle, etc.)

No Yes (if yes, list relationship)

c. I do not believe the other man / men could be the father because:

6. I was married to a man other than the respondent at the time of the child's birth

No Yes (if yes, complete the following)

a. Husband's name (first, middle, last) and last known address:

b. I do not believe that the man I was married to is the father of the child because: (list reasons, and attach all supporting documents, including divorce order, blood test results, finding of non-paternity, if any)

This document is attached to, and forms part of the evidence in, my support application/support variation application:

Claimant's/Applicant's signature

Form E

CHILD SUPPORT CLAIM

- I ask for child support for the following children:

Full name of child (Last, First, Middle)	Child's date of birth (day, month, year)

- I ask that the amount of child support be set using the child support guidelines or law of the jurisdiction where the respondent lives.

If the respondent lives in Canada:

- I ask for only the child support guidelines table amount for one or more children.
- I ask for child support in an amount different than the table amount. The form 'Request for a Child Support Order Different than Child Support Guidelines Table Amount' (Form G) is attached.
- I ask for additional child support, over the table or other amount. A 'Special Expense Claim' (Form H) is attached. I ask for additional child support of \$_____.
- I ask for an order that the respondent obtain or maintain medical or dental insurance coverage for the child(ren).

This document is attached to, and forms part of the evidence in, my support application/support variation application:

Claimant's/Applicant's signature

Form F

REQUEST FOR SUPPORT ORDER - IF RESPONDENT DOES NOT PROVIDE FINANCIAL INFORMATION -

- If the respondent does not provide sufficient, or any, financial information, I ask the Court to impute the respondent's income at \$ _____ per year. My evidence for this claim is in this form.

Based on the respondent's imputed income, I ask for an order for (*check all that apply*):

- \$ _____ per month for support for myself. My financial statement is attached.
- Child support of \$ _____ per month, or the amount payable under the child support guidelines table used by the Court.
- The respondent's share of special and/or extraordinary expenses. I have attached a Special Expense Claim form. A summary of my claim is:

Name of child	Type of special expense	Total \$ paid for expense (after any subsidy deducted)	\$ claimed for respondent's share of expense
		<input type="checkbox"/> month, or <input type="checkbox"/> year	<input type="checkbox"/> month, or <input type="checkbox"/> year
		<input type="checkbox"/> month, or <input type="checkbox"/> year	<input type="checkbox"/> month, or <input type="checkbox"/> year
		<input type="checkbox"/> month, or <input type="checkbox"/> year	<input type="checkbox"/> month, or <input type="checkbox"/> year
		<input type="checkbox"/> month, or <input type="checkbox"/> year	<input type="checkbox"/> month, or <input type="checkbox"/> year
		<input type="checkbox"/> month, or <input type="checkbox"/> year	<input type="checkbox"/> month, or <input type="checkbox"/> year

INFORMATION ABOUT THE RESPONDENT'S SOURCES OF INCOME:

- I believe the respondent has an annual income of about \$ _____
- The respondent's last known source of income is:
 - Employment (include occupation, name and address of employer, other information)
 - Self-employment (type of work, business address, any other information known)
 - Employment Insurance (list dates on EI)
 - Social Assistance (list dates known)
 - Disability Insurance (list dates, reason, any other information known)
 - Other (list dates, and details)

For boxes checked above, details of source(s) of income:

3. The most recent information I have about the respondent's sources of income is attached. The information includes:

- Pay statements
- Income Tax Returns and/or Notices of Assessment
- Other (specify) _____

(Complete EITHER question 4 or 5, if applicable)

4. I have no information or documents about the respondent's current income, but,

- In the past the respondent has worked: (list below)
Type of work or occupation _____ *Dates of work* _____

- I have obtained statistical information from (*source*) _____
It shows that a person employed as a (*work / occupation respondent may have*)
_____ in your Court's jurisdiction may have an
annual income of \$ _____.

- I believe the respondent does/may own property or other assets that could produce some, or more, income. The property or asset is:

- Attached is a print-out from the website of Human Resources Development of an Occupational Profile – Labour Market Summary. I believe the print-out may assist the Court in imputing income to the respondent if sufficient financial information is not provided to the Court by the respondent.

- Attached are other documents that may assist the Court in imputing income to the respondent if sufficient financial information is not provided to the Court by the respondent. These documents include:

5. I have no information about the respondent's sources of income, or past or present work or occupations, but,

- Attached is statistical information from (*source*) _____.
This information shows that the average annual income in your Court's jurisdiction is \$ _____.

- Attached is a print-out from the website of Statistics Canada. It shows the average family incomes in your Court's jurisdiction. I believe the attached print-out may assist the Court in imputing income to the respondent if sufficient financial information is not provided to the Court by the respondent.

- Attached are other documents that may assist the Court in imputing income to the respondent if sufficient financial information is not provided to the Court by the respondent. These documents include:

This document is attached to, and forms part of the evidence in, my support application/support variation application:

Claimant's/Applicant's signature

Form G

REQUEST FOR A CHILD SUPPORT ORDER - DIFFERENT THAN CHILD SUPPORT GUIDELINES TABLE AMOUNT -

- I ask the Court for an order in an amount different than that in the child support guidelines table. My claim is based on the facts marked below. Documents to support each claim are attached.

1. **CHILD OVER THE AGE OF MAJORITY:**

I ask for support for each child who is the age of majority or older. A Child Status and Financial Statement form is attached for each child. The amount requested for each child is:

NAME OF CHILD	DATE OF BIRTH (d/m/y)	AMOUNT FOR THIS CHILD

2. **SPLIT CUSTODY**

There are 2 or more children, and at least one child lives with each of us. The custody arrangements are in the attached custody order, or are as follows:

I ask for child support of \$ _____ per month for the support of the child(ren) living with me. My claim is based on the following calculations:

	Total income (known, or imputed in Form F)	Guideline Table for Prov/Terr of residence	# of children	Amount Payable	Name(s) of Children
Respondent				\$	
Claimant				- \$	
Subtract amount payable by claimant from amount payable by respondent to calculate amount claimed.				= \$	

3. **SHARED CUSTODY**

The child or children live with each of us at least 40% of the time during the year. Our custody arrangements are in the attached custody order, or are as follows:

I ask for child support of \$_____ per month for the following child(ren):

NAME OF CHILD	1.	2.	3.

4. UNDUE HARDSHIP CLAIM:

I ask the Court to determine that, if the child support guidelines table amount is ordered, I would have a lower household standard of living than the other parent. Part 5 of my Financial Statement (Form K) lists the income of the other people in my household.

I ask for support of \$_____ per month. I have attached documents to support each claim. The child support guidelines table amount would cause me or the child(ren) undue hardship because:

- I have large debts. The debts came from supporting our family before the other parent and I separated, or due to expenses for me to earn a living.
- My expenses for arranging the child(ren)'s visits to the other parent are high.
- I have a legal duty to support a child(ren) other than the child(ren) named in this application. The (or each) child is under the age of majority or, if over the age of majority, is not able to be self-supporting. Ages of child(ren)
_____.
- I have a legal duty to support another child and/or adult person. This duty is in a judgment, order, or written agreement. A copy is attached.
- I have a legal duty to support a person who is not able to be self-supporting.
- Details of other reasons:

5. I BELIEVE THE RESPONDENT'S INCOME IS OVER \$150,000 PER YEAR:

I ask for child support of \$_____ per month. I believe the respondent's income is over \$150,000 per year.

This document is attached to, and forms part of the evidence in, my support application/support variation application:

Claimant's/Applicant's signature

Form H

SPECIAL EXPENSE CLAIM

I ask the Court to make an order for additional child support. The additional amount is for the respondent's share of the following special expenses. I attach as evidence documents to show why these expenses are necessary.

My special expenses are for:

- 1. Childcare
- 2. Health-related expenses over \$100.00 per year
- 3. Child's portion of medical and/or dental insurance premiums
- 4. Extraordinary expenses for education (grade school and high school)
- 5. Post-secondary education expenses (college or university)
- 6. Extraordinary expenses for extracurricular activities.

	Expense Type (1 to 6)	Brief description of expense	For (Name of Child)	Actual (or estimated) amount spent per Month or per Year (M / Y)	Net amount spent per YEAR (after any subsidy, benefit, tax deduction, or credit)
a					
b					
c					
d					
e					
f					
g					
h					
i					
j					
k					
l					
m					
n					
o					
p					
q					
r					
s					
t					
Total of net amount spent (or estimated) per YEAR					\$

This document is attached to, and forms part of the evidence in, my support application/support variation application:

Claimant's/Applicant's signature

Form I

REQUEST TO PAY CHILD SUPPORT - DIFFERENT THAN CHILD SUPPORT GUIDELINES TABLE AMOUNT -

- I ask the Court for an order in an amount different than that in the child support guidelines table. My claim is based on the facts marked below. Documents to support each claim are attached.

1. **UNDUE HARDSHIP CLAIM:**

I ask the Court to determine that, if the child support guidelines table amount is ordered, I would have a lower household standard of living than the other parent. Part 5 of my Financial Statement (Form K) lists the income of the other people in my household.

I ask to pay support of \$ _____ per month. I have attached documents to support each claim. The child support guidelines table amount would cause me or the child(ren) undue hardship because:

- I have large debts. The debts came from supporting our family before the other parent and I separated, or due to expenses for me to earn a living.
- My expenses for arranging to visit the child(ren) are high.
- I have a legal duty to support a child(ren) other than the child(ren) named in this application. The (or each) child is under the age of majority or, if over the age of majority, is not able to be self-supporting. Ages of child(ren)
_____.
- I have a legal duty to support another child and/or adult person. This duty is in a judgment, order, or written agreement. A copy is attached.
- I have a legal duty to support a person who is not able to be self-supporting.
- Details of other reasons:

2. **CHILD OVER THE AGE OF MAJORITY:**

I ask to pay support of each child listed below who is the age of majority or older. The names of the child(ren) and date(s) of birth are:

NAME OF CHILD	DATE OF BIRTH (d/m/y)	AMOUNT FOR THIS CHILD

I ask the Court to take into account the attached document(s) and my reasons, which are:

documents attached

3. SPLIT CUSTODY

There are 2 or more children, and at least one child lives with each of us. The custody arrangements are in the attached custody order, or are as follows:

I ask to pay child support of \$ _____ per month for the support of the child(ren) living with the respondent. My claim is based on the following calculations:

	Total income (known, or imputed in Form F)	Guideline Table for Prov/Terr of residence	# of children	Amount Payable	Name(s) of Children
Applicant				\$	
Respondent				- \$	
Subtract amount payable by respondent from amount payable by applicant to calculate amount.				= \$	

4. SHARED CUSTODY

The child or children live with each of us at least 40% of the time during the year. Our custody arrangements are in the attached custody order, or are as follows:

I ask to pay child support of \$ _____ per month for the following child(ren):

NAME OF CHILD	1.	2.	3.

This document is attached to, and forms part of the evidence in, my support application/support variation application:

Claimant's/Applicant's signature

Form J

SUPPORT FOR CLAIMANT / APPLICANT

- I am the claimant / applicant and ask for support for myself. I ask the Court to order support of \$ _____ per month. A Financial Statement (Form K) is included in my Application. My claim is based on the following facts:

FACTS ABOUT MY CLAIM:

1.	My date of birth is:	
2.	The children living with me are aged: <i>(if there is a child support order/agreement about any child, attach it)</i>	
3.	The respondent and I cohabited (lived together) in a marriage, marriage-like, common-law, civil union, or other domestic partnership: <i>(write details here)</i>	Start date: End date:
	The last place where we lived as a couple before separation is:	(city/country):
4.	During the time we were together, we separated for a total of <i>(years, months)</i> because:	Total time separated:
5.	The respondent and I lived together for a total of <i>(years, months)</i> :	
6.	My present status <i>(separated, divorced, married, common-law, single, other)</i> :	

MY EDUCATION:

7.	The last grade I finished in school (before post-secondary school):	
8.	Year I completed this grade:	
9.	College / University level or year completed:	
10.	Year I completed this level:	
11.	Other training / certificate / diploma received:	
12.	Length of the training / certificate / diploma course (years, months)	
13.	Year I completed this course:	

MY WORK EXPERIENCE:

14.	I did not work for pay while the respondent and I were together <i>(if this statement applies, put an X in box, and go to line 21)</i>	
15.	During the time the respondent and I were together, I worked for pay for a total of <i>(years, months)</i> <i>(attach work history list, with dates, employment, monthly pay)</i>	<input type="checkbox"/> work history list attached
16.	I worked for (%) of the time the respondent and I were together [example: if the entry on line 5 is 7 years + 2 months that equals (7x12)=84+2= 86 months. If the entry on line 15 is 3 years + 6 months that equals (3x12)+6=42 months. Then 42 / 86 = 48.8%]	%
17.	The work I did was <i>(full time, or part time, or both)</i>	
18.	My normal employment was as: <i>(occupation)</i>	
19.	I also worked as <i>(other occupations)</i>	
20.	If part time, I worked an average of <i>(fraction)</i> of full time [$\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$, etc]	
21.	I worked less than full time, or did not work for pay, because <i>(check any that apply)</i> <input type="checkbox"/> I cared for the child(ren) when young <i>(dates)</i> <input type="checkbox"/> I had a child at home with special needs <i>(dates)</i>	From: _____ To: _____ From: _____ To: _____
21. cont'd	<input type="checkbox"/> I needed to be home when the child(ren) returned from school <input type="checkbox"/> We moved often <i>(how many times during relationship: _____)</i> <input type="checkbox"/> I did not have the education/experience to get full time work <input type="checkbox"/> There were no full time jobs available <input type="checkbox"/> I did not want to work full time <input type="checkbox"/> I was not able to work full time (due to medical condition) <input type="checkbox"/> The respondent and I agreed that I would not work full time <input type="checkbox"/> The respondent and I agreed that I would work only part time <input type="checkbox"/> The respondent and I agreed that I would not work at all <input type="checkbox"/> The respondent did not want me to work full time <input type="checkbox"/> The respondent wanted me to work only part time <input type="checkbox"/> The respondent did not want me to work at all <input type="checkbox"/> Other reason(s):	

22.	Since the respondent and I separated, I have (<i>check any that apply</i>) <input type="checkbox"/> Worked full time <input type="checkbox"/> Worked part time <input type="checkbox"/> Received social assistance <input type="checkbox"/> Received income/benefits from employment insurance, disability, workers' compensation, investments (details) <input type="checkbox"/> Received government grants or benefits (details) <input type="checkbox"/> Other sources of income (details)	(dates)
23.	Since the respondent and I separated, I have not worked for pay at all because: (<i>reasons</i>)	
24.	Since the respondent and I separated, I have taken the following steps to improve my ability to support myself: (<i>courses, job training, education, re-location, etc.</i>)	

MEDICAL:

25.	I am not able to fully support myself because of a medical condition, disability, or special need which keeps me from working (<i>put short description in the box, and attach documents or doctor's letter giving details</i>)	<input type="checkbox"/> documents attached
26.	I am not able to fully support myself because a child or other person has a medical condition, disability, or special need which keeps me from working (<i>put name of person, relationship, and short description in the box, and attach documents or doctor's letter giving details</i>)	Name of person: Relationship to me: Condition / Special Need: <input type="checkbox"/> documents attached

THE PRESENT, AND THE FUTURE:

27.	As of the date of this application, I am <input type="checkbox"/> Not working <input type="checkbox"/> Working full time (<i>occupation, monthly income</i>) <input type="checkbox"/> Working part time (<i>occupation, monthly income</i>) <input type="checkbox"/> Looking for work (<i>attach job search list</i>) <input type="checkbox"/> Receiving social assistance (<i>monthly income</i>) <input type="checkbox"/> Going to school (<i>type of course, how long, where</i>)	
28.	The respondent is paying support for me (\$ <i>monthly</i>)	

29.	The respondent agreed to pay support for me of (\$ monthly, or other amount) and has not paid the whole amount. There is now unpaid support of \$ _____ owing	<input type="checkbox"/> agreement attached
30.	My other sources of income are (monthly) (check any that apply and put amount in box at right) <input type="checkbox"/> rental of space / apartment in my home <input type="checkbox"/> investment income (savings, GICs, bonds, property) <input type="checkbox"/> support from a present spouse, or other former spouse (attach order or agreement) <input type="checkbox"/> other (details)	
31.	Compared to the time the respondent and I were together, my standard of living is now <input type="checkbox"/> much worse (Details of the differences) <input type="checkbox"/> worse <input type="checkbox"/> the same <input type="checkbox"/> better <input type="checkbox"/> much better	
32.	If the Court orders support for me, I plan to make myself self-supporting by: <input type="checkbox"/> going to school to complete high school <input type="checkbox"/> going to school to obtain a certificate / diploma / degree <input type="checkbox"/> obtaining job / vocational training to get a job I expect that when my plan is completed my standard of living will be (pick one) <input type="checkbox"/> worse <input type="checkbox"/> better <input type="checkbox"/> the same, as when the respondent and I were together <input type="checkbox"/> OR, I will not be able to become self-supporting because: Other	
33.	Details of my plan include: (list name of course, where offered, length of time it takes, whether full or part time, costs, and results to be achieved. If the training/course has a brochure or curriculum, attach it.)	

[Mark each attached document with the line number to which the document relates]

- I have attached additional page(s) with more details about my claim, education, work experience, relationship with the respondent, medical information, present condition, and future plans, if applicable.

This document is attached to, and forms part of the evidence in, my support application/support variation application:

Claimant's/Applicant's signature

Form K

FINANCIAL STATEMENT of _____ (name of claimant / applicant)

I am the claimant/applicant in this application to make or vary a support order. My financial circumstances are:

1. My total annual income (before tax and other deductions) for this year will be approximately \$ _____

2. My source of income is: (check any that apply, and write details in box below)

- Employment (occupation, name and address of employer, length of employment)
- Self-employment (occupation, name and address of business, length of employment)
- Employment Insurance (last date worked, and date benefits started)
- Social Assistance (date benefits started)
- Disability insurance (date benefits started, source of payment, reason for disability)
- Other (specify)

Details of income sources checked above:

3. All or part of my income is not subject to income tax (portion exempt, and reason)

PART 1 – SOURCES OF INCOME

Line #		Amount
1.	Employment income (wages, salary, commissions, overtime, bonuses)	
2.	Other employment income (including tips and gratuities)	
3.	Old age security pension	
4.	Canada or Quebec Pension Plan benefits	
5.	Other pensions or superannuation	
6.	Employment insurance benefits	
7.	Taxable amount of dividends from taxable Canadian corporations	
8.	Interest and other investment income	
9.	Net partnership income	Gross Net
10.	Rental income	
11.	Taxable capital gains	
12.	Spousal support	
13.	Child support (taxable only)	
14.	Registered Retirement Savings Plan income	
15.	Business income	Gross Net
16.	Professional income	Gross Net
17.	Commission income	Gross Net
18.	Farming income	Gross Net
19.	Fishing income	Gross Net
20.	Workers Compensation benefits	
21.	Social Assistance payments	
22.	Net federal supplements	
23.	Other income (specify – see guide)	
24.	(A) TOTAL ANNUAL INCOME	\$

25.	Total income in most recent personal income tax return (year: _____)	\$
-----	---	----

ADJUSTMENTS TO INCOME

Line #	Additions	Amount
26.	Actual amount of dividends received from Canadian corporations	
27.	Actual capital gains realized in excess of actual capital losses	
28.	Salaries, benefits, or other payments paid to non-arm's-length persons, and deducted from self-employment income, unless necessary to earn self-employment income	
29.	Allowable capital cost allowance for real property	
30.	Employee stock options with a Canadian-controlled private corporation exercised (<i>Do not include if you dispose of the shares in the same year you exercise the option</i>)	
31.	Value of shares at the time the options are exercised	
32.	Less: Amount paid for the shares	-
33.	Amount paid to acquire the options to purchase the shares	-
34.		=
35.	(B) TOTAL ADDITIONS	\$

Deductions

36.	Union, professional dues, other employment expenses allowed under Child Support Guidelines	
37.	Child support received and included in total income above (line 13)	
38.	Spousal support received from the other parent and included in total income above (line 12)	
39.	Social assistance received by the parent for other members of the household	
40.	Taxable amount of dividends from taxable Canadian corporations	
41.	Taxable capital gains	
42.	Actual amount of business investment losses	
43.	Carrying charges and interest expenses	
44.	Self-employment income, net of reserves, including income for tax purposes in excess of the self-employment income for the 12 months ending on December 31 of the reporting year	
45.	Portion of partnership and sole proprietorship income that is required by the partnership to be re-invested	
46.	(C) TOTAL DEDUCTIONS	\$

PART 2 – CHILD SUPPORT GUIDELINES TABLE AMOUNT CALCULATION

Annual Income for Child Support Guidelines Table Amount

47.	(A) Total Income (<i>from line 24</i>)	
48.	Plus (B) Total Additions (<i>from Line 35</i>)	+
49.	Minus (C) Total Deductions (<i>from line 46</i>)	-
50.	Annual Income for Child Support Guidelines Table Amount	\$

Annual Income for Special or Extraordinary Expenses Amount

51.	Annual Income for Child Support Guidelines Table Amount (<i>from line 50</i>)	
52.	Plus (if applicable) spousal support <i>received</i> from the other parent	+
53.	Minus (if applicable) spousal support <i>paid</i> to the other parent	-
54.	Annual Income for Special or Extraordinary Expenses Amount	→ \$

PART 3 – EXPENSES

My monthly expenses are listed below. These expenses are for me, and the following members of my household:

(if you share an expense with another person, list only the amount that you pay. Convert all expenses to monthly amounts.

List actual amounts – if impossible, give estimates, and mark as ‘est’)

\$ per Month		\$ per Month	
Compulsory Deductions		SUBTOTAL (from line 90)	
55. Income Tax		Adult Household Members	
56. Employment insurance		91. Clothing	
57. Canada Pension Plan		92. Haircare	
58. Employer pension		93. Toiletries, cosmetics	
59. Other (specify)		94. Education fees, supplies	
Household Expenses		95. Entertainment & recreation	
60. Groceries & household supplies		96. Fitness	
61. Meals outside the home		97. Insurance	
62. Furnishings and equipment		98. Charitable donations	
63. Telephone		99. Gifts to others	
64. Cable service		100. Alcohol, tobacco	
65. Laundry & dry cleaning		Children	
66. Newspapers, periodicals		101. Child care (regular expense)	
67. Stationery, computer supplies		102. Babysitting (occasional)	
68. Vacation		103. Clothing	
69. Pet care		104. Haircare	
Housing (primary residence)		105. Allowances	
70. Rent or mortgage		106. School fees & supplies	
71. Taxes		107. Entertainment & recreation	
72. Home insurance		108. Insurance	
73. Heat		109. Gifts (toys, books, etc.)	
74. Electricity		110. Activities, lessons, & supplies	
75. Water		111. Camp	
76. House repairs & maintenance		112. Gifts to other children	
77. Yard maintenance		Savings for the future	
78. Other (specify)		113. RRSP	
Health		114. RESP	
79. Medical Insurance		115. Other	
80. Drugs (after insurance coverage)		116. Debt (other than mortgage)	
81. Dental care (after insurance)		117.	
82. Optical care (after insurance)		118.	
83. Other (specify)		119. Lease payments (specify)	
Transportation		120. Support payments to others (see note under *, below)	
84. Public transit, taxis, etc.		121. Reserve for income taxes	
85. Car operation		122. Other (specify)	
86. Gas and oil		123.	
87. Insurance & licence		124.	
88. Maintenance		125.	
89. Parking		126. TOTAL	
90. SUBTOTAL			

(* Note for line 120. Show support paid to persons **not** included in this application – example: support paid for a child of a past relationship between you and a parent who is not the claimant/applicant in this application. If paid, specify the

Name(s) of person(s) supported: _____ . Are payments made

Voluntarily, or due to a Court Order, or written agreement.

Do you deduct payments on your income tax return? Yes No.)

PART 4 – OTHER CHILD SUPPORT AND BENEFITS

Complete this part if you are claiming support for a child over the age of majority, and/or
 you are claiming an amount different than the child support guidelines table amount

A I receive child support for a child(ren) other than the child(ren) in this application:

Name(s) of child(ren)	Annual Amount Received	Taxable (Y / N)
-----------------------	------------------------	-----------------

B I receive non-taxable benefits, allowances, or amounts. *(Example: use of a vehicle, childcare, or room and board. If the benefit is not an amount, include an estimate of the annual value of the benefit)*

Benefit received	Annual Amount or Estimate
------------------	---------------------------

PART 5 – HOUSEHOLD INCOME (not including children for whom support is claimed in this application)

Complete this part if you are living with another person **and**
 you are claiming support for yourself, **or**
 your child support application includes an undue hardship claim, **or**
 you believe the respondent may make an undue hardship claim.

A I am living with: *(full name of person or persons – note: your living / marital relationship is not the issue; it is about sharing household responsibilities)*

B A person named in ‘A’ has a child or children living in the home with us *(name and age of each child)*

C For each person named in ‘A’, fill in the following information: *(add an extra page if more than 2 people)*

Name of Person #1

- Works at (name of employer, occupation)
- Earns \$ _____ per _____
- Pays for about _____% of household expenses
- Does not work
- Has no earnings
- Contributes no money to the household expenses

Name of Person #2

- Works at (name of employer, occupation)
- Earns \$ _____ per _____
- Pays for about _____% of household expenses
- Does not work
- Has no earnings
- Contributes no money to the household expenses

PART 6 – ASSETS AND DEBTS

A S S E T S

Real Estate	Description of Asset(s) – address, type of property	Your Equity	Market Value
Cars, boats, vehicles	Description of Asset(s) – year, make, model	Your Equity	Market Value
Pension Plan	Trustee/administrator of plan, date of valuation		Value
RRSPs	Financial institution, date of valuation		Value
Financial Assets	Bonds, shares, term deposits, investment certificates, mutual funds – list type, name of financial institution, when purchased		Value
Accounts	Bank or other accounts – type of account, name of financial institution		Value
Business	Name of business, address, nature and extent of ownership or interest		Value of Interest
Life Insurance	Company which issued policy		Cash Value
Debts to me	Description – name of person owing me money, reason for debt, repayment date		Value
Other	Description of other asset(s)		Value
TOTAL VALUE OF ASSETS			\$

D E B T S

Mortgage	Institution / person holding mortgage	Date of last payment	Balance Owing
Credit Cards	Name/Company issuing card, and reason for borrowing	Date of last payment	Balance Owing
Bank / Other	Financial Institution, and reason for borrowing	Date of last payment	Balance Owing
Other Debt	Description of any other debt(s) you owe	Date of last payment	Balance Owing
TOTAL VALUE OF DEBTS			\$

PART 7 – DOCUMENTS ATTACHED TO THIS FINANCIAL STATEMENT

- My personal income tax return for each of the three most recent taxation years, and all documents attached to the returns.
- The income tax notice of assessment, or reassessment, I received for each of the three most recent tax years.

(Check each of the following statements that apply, and attach the listed documents)

- I am an employee. Attached is a statement showing my total earnings for this year, to date, including overtime. If this information is not shown on my pay stub, I attach a statement or letter from my employer with that information, including my rate of annual pay.
- I am receiving Employment Insurance benefits. My three most recent EIC benefits statements are attached.
- I am receiving Workers Compensation benefits. My three most recent WCB benefits statements are attached.
- I am receiving Social or Income Assistance. Attached is a statement showing the amount I receive.
- I am self-employed. For the three most recent taxation years, I attach:
 - The financial statements of my business or professional practice, other than a partnership, and
 - A statement showing a breakdown of salaries, wages, management fees, or other payments or benefits paid to, or on behalf of, persons or corporations with whom I do not deal at arm’s length
- I am a partner in a partnership. I attach confirmation of my income and draw from, and capital in, the partnership for its three most recent taxation years.
- I control a corporation. I attach
 - the financial statements of the corporation and its subsidiaries, and
 - a statement showing a breakdown of all salaries, wages, management fees, or other payments or benefits paid to, or on behalf of, persons or corporations with which the corporation, and every related corporation, does not deal at arm’s length
- I am the beneficiary under a trust. The trust settlement agreement and the trust’s three most recent financial statements are attached.

Date this Financial Statement completed: _____.

This document is attached to, and forms part of the evidence in, my support application/support variation application:

Claimant's/Applicant's signature

Form L

CHILD STATUS AND FINANCIAL STATEMENT FOR _____ (name of child)

Child's date of birth (d/m/y) _____

1. Details of child's living arrangements: *(include where child lives, whether child lives with other people)*

2. Child's education status *(check any that apply)*

- Is in high school, in grade _____
- Completed grade _____ in high school in *(year)* _____, but did not graduate, and is not going to school now
- Has completed high school and is not going to school
- Has completed high school, and plans to attend post-secondary courses starting in:
(date) _____
- Is taking full-time courses at community college or trade school
- Is taking part-time courses at community college or trade school
- Is taking full-time courses at university
- Is taking part-time courses at university

For each item checked in this section, give details (If the child is not in school, describe what the child is doing. If planning to attend, or attending post-secondary school, list name of school, location, level child is in, length of course or area of study until diploma/degree obtained)

Education details

3. Child's financial and employment status (check any that apply). The child:

- Is not employed
- Is employed full-time
- Is employed part-time
- Has seasonal employment (*summer jobs*)
- Has filed an income tax return showing employment income for (*years*) _____
- Has personal savings of approximately \$ _____
- Receives gifts of money each year of approximately \$ _____
- Is entitled to funds for education through an RESP or other savings plan held by (*name of person(s) who holds the plan, type of plan, value if known*)
- Is receiving, or is entitled to receive, government student loans
- Has personal income from investments, a trust, or other sources
- Other (specify)

For any employment lines checked, give details (name of employer, child's occupation, approximate wages/salary by hourly rate and monthly income, and how long the child has worked for the employer. For other boxes checked, provide details).

Employment and income source details

4. Child's education-related expenses:

List expenses **directly** related to the child's education. For each, show who is paid, purpose of payment, amount paid per year, and who pays the amount. Put the **monthly** total (divide by 12) on line 106 of Form K.

--

5. Reasons for child's continuing dependence:

(The child is the age of majority or older. If the child is not working, and not going to school, provide details of any reasons that the child requires support from the parents.

Attach an additional page if necessary, and supporting documents such as medical letters.)

Supporting documents attached

Additional page(s) attached

This document is attached to, and forms part of the evidence in, my support application/support variation application:

Claimant's/Applicant's signature

Form M

EVIDENCE TO SUPPORT VARIATION OF A SUPPORT ORDER

I ask the Court to change (vary) the support order(s) or written agreement(s) between the respondent and me. The order(s) or agreement(s) were made on the following dates, and are attached to my Support Variation Application (Form A). *(An application to change an order or agreement must be supported by documents to prove the change, and the current circumstances.)*

In the order(s) or agreement(s), I am the

- person required to pay support (the payor), or
- person receiving support (the recipient).

I ask the Court to **change** the amount of support to be paid for:

- a child or children
- the recipient

I ask the Court to **end** support to be paid for:

- a child or children
- the recipient

1. Applicant's change in circumstances

There has been a change in my circumstances since the date the order/agreement was made. *(Write details of the change, the date of the change, whether temporary or permanent. Attach an extra page if necessary.)*

2. Child's change in circumstances

There has been a change in the circumstances of a child(ren) named in the order/agreement. *(Write details of the change, the date of the change, whether temporary or permanent. Attach an extra page if necessary.)*

3. Respondent's change in circumstances

There has been a change in the respondent's circumstances since the date the order/agreement was made. *(Write details of the change, the date of the change, whether temporary or permanent. Attach an extra page if necessary.)*

4. Applicant / Payor's application to reduce or cancel arrears

- As of today, the amount of unpaid support (arrears) is \$ _____. A copy of a statement from the maintenance/support enforcement program is attached.
- If the Court orders a retroactive (back-dated) change in the amount of support, I ask that the support arrears be changed to show the change in the order.
- I have made the following efforts to pay the arrears:

- I will be able to pay any arrears the Court orders as follows: *(Write the monthly amount available to pay arrears, or other sources of income/assets which could be used to pay arrears.)*

5. Applicant / Recipient's application to change support order

- As of today, the amount of unpaid support (arrears) is \$ _____. A copy of a statement from the maintenance/support enforcement program is attached.
- If the Court orders a retroactive (back-dated) change in the amount of support, I ask that the support arrears be changed to show the change in the order.

Date this form completed: _____

This document is attached to, and forms part of the evidence in, my support application/support variation application:

Claimant's/Applicant's signature

Form N

Court File #: _____
Court Location: _____
REMO/RESO/ISO # _____
Office use only

RESPONDENT'S ANSWER TO APPLICATION

- I am the Respondent
- I am a person or agency or government with a legal right to participate in this application. My relationship is: _____.

I have been served with a Support Application, or Support Variation Application. My address for delivery of documents is:

(Last Name)	(First Name)	(Middle Names)
(Street address and City/Town)		
(Territory and Postal Code)		(daytime telephone)
(Mailing Address, if different than street address)		(fax number)
(E-Mail)		
These are: <input type="checkbox"/> my own addresses, or <input type="checkbox"/> c/o my lawyer, or <input type="checkbox"/> c/o another person		

- I AGREE with the Application, and consent to an Order being made as requested.
- I agree to an order that I will pay support. My financial statement is attached to this Answer, or
 - I am the support payor under the Order or Agreement the applicant wishes to change. My financial statement is attached to this Answer, or
 - I am the support recipient under the Order or Agreement the applicant wishes to change. My financial information is not required to make a support variation Order.
- I DO NOT AGREE with the Application. My reasons for not agreeing are in the attached documents.
- I will go to Court and bring with me 3 copies of this Respondent's Answer to Application with copies of the following documents attached, where applicable:
- Financial Statement (Form K) (*required unless you are a support recipient who agrees to change an existing order*)
 - Request to Pay Child Support (different than child support guidelines table amount) (Form I)

- Request for a Child Support Order (different than child support guidelines table amount) (Form G)
- Special Expense Claim (Form H) (*use if you are the recipient/respondent and you do not agree with the payor/applicant's application to change special expense amounts under the existing order*)
- Child Status and Financial Statement (Form L) (*one for each child over the age of majority where you do not agree with the application concerning the support for that child*)
- Other (specify): _____

I will have a lawyer at the Court hearing. My lawyer's name, address, and telephone number are:

I, _____ make oath or affirm and say that the information and facts contained in this answer, including the attached forms and/or documents, are true. I am making this answer in good faith.

SWORN OR AFFIRMED BEFORE ME

At the _____ of _____
 In the Territory of _____
 On _____, 200__.
 A Notary Public in and for Nunavut

 Respondent's signature

Form O

REQUEST FOR ENFORCEMENT

USE THIS FORM IF:

- ◆ This is your first claim for support from this respondent
- ◆ You have a support order, and the respondent has moved to a new province, territory, or country
- ◆ You want the maintenance enforcement program to enforce a new, existing, or changed order.

ATTACH an extra copy of the Identification Information (Form B) to this Request. The information on the two forms will help the maintenance enforcement program to collect your monthly support and any unpaid arrears.

ARE YOU DEALING WITH A MAINTENANCE ENFORCEMENT PROGRAM ABOUT THIS ORDER OR AGREEMENT? <input type="checkbox"/> NO, <input type="checkbox"/> YES. If yes, (PROGRAM HANDLING YOUR CASE) (CASE / ACCOUNT NUMBER)
--

ASSETS OF THE RESPONDENT / PAYOR

MOTOR VEHICLES (CARS, BOATS, RVs,)	YEAR	COLOUR	LICENCE PLATE NO / FROM WHAT PROV/TERR/STATE
1.			
2.			
3.			

REAL ESTATE (HOMES, COTTAGES, INVESTMENT PROPERTY) – STREET ADDRESS	CITY	PROV/TERR/STATE	LEGAL DESCRIPTION (IF KNOWN)
4.			
5.			

ASSETS / BANK / FINANCIAL INSTITUTION	ADDRESS	TYPE OF ACCOUNT	ACCOUNT NUMBER
6.			
7.			
8.			

CREDIT CARDS COMPANY NAME	ACCOUNT NUMBER	COMPANY NAME	ACCOUNT NUMBER
9.		11.	
10.		12.	

IF THERE ARE MORE ASSETS, OR MORE DETAILS ABOUT ANY OF THESE ASSETS, PLEASE LIST BELOW, USING THE BOX NUMBER. (Example: if a piece of real estate listed in box 4 was paid for by the respondent, but is in the name of a current spouse.)

ADDITIONAL PAGES, OR COPIES OF DOCUMENTS ARE ATTACHED

COURT: DO NOT SERVE THIS DOCUMENT ON RESPONDENT

Formule A

ANNEXE

N° du dossier du tribunal : _____
Emplacement du tribunal : _____
N° EROA/OAER/ISO : _____
Réservé à l'administration

Cette formule est une :

- DEMANDE D'ORDONNANCE ALIMENTAIRE** ou
 DEMANDE DE MODIFICATION D'ORDONNANCE ALIMENTAIRE

Cette demande est présentée en vertu de la *Loi sur les ordonnances alimentaires d'exécution réciproque*
L. Nun. 2002, ch. 26

1. Personne présentant une demande d'ordonnance :

(Nom de famille)	(Prénom)	(Second prénom)
(Adresse municipale et ville/village)		
(Province et code postal)	(Numéro de téléphone, jour)	
(Adresse postale, si différente de l'adresse municipale)	(Numéro de télécopieur)	
(Courriel)		
Il s'agit de : <input type="checkbox"/> mes propres adresses, ou <input type="checkbox"/> a/s de mon avocat, ou <input type="checkbox"/> a/s d'une autre personne		

2. La partie défenderesse à l'occasion de la présente demande (l'intimé) est :

(Nom de famille)	(Prénom)	(Second prénom)
(Adresse municipale et ville/village)		
(Province et code postal)	(Numéro de téléphone, jour)	
(Adresse postale, si différente de l'adresse municipale)	(Numéro de télécopieur)	
(Courriel)		
Il s'agit de : <input type="checkbox"/> mes propres adresses, ou <input type="checkbox"/> a/s de mon avocat, ou <input type="checkbox"/> a/s d'une autre personne		

3a Je demande au tribunal d'inclure dans son ordonnance :

de PENSION ALIMENTAIRE

- Une déclaration que l'intimé est le parent de l'enfant ou des enfants nommés dans cette demande.

3b Je demande au tribunal d'inclure dans son ordonnance :

de MODIFICATION DE PENSION ALIMENTAIRE

- Un changement ou une modification au montant de soutien alimentaire de la présente entente ou ordonnance alimentaire de _____ \$ par mois, à _____ \$

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pension alimentaire pour enfants. Si l'intimé ne donne pas suffisamment d'information financière, ou dépose une réponse, une ordonnance alimentaire pour enfant d'un montant total de _____ \$ par mois, à compter du _____ | <input type="checkbox"/> Un changement au montant des arriérés d'aliments non versés exigibles en vertu d'une ou de plusieurs ordonnance(s) alimentaire(s) ou entente(s) actuelle(s) et que lesdits arriérés soient « fixés » ou établis à _____ \$ en date du _____. |
| <input type="checkbox"/> Que l'intimé contracte et maintienne une assurance médicale et/ou dentaire au profit de l'enfant ou des enfants et/ou de moi-même | <input type="checkbox"/> L'expiration de l'obligation de verser des aliments au profit de (nom) _____, en date du _____ |
| <input type="checkbox"/> Une pension alimentaire pour moi-même de _____ \$ par mois à compter du _____ | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ | |

4. Aide sociale (répondre aux deux affirmations) :

Je reçois de l'aide sociale oui non

L'intimé reçoit ou reçoit peut-être de l'aide sociale, ou il en a déjà reçu oui non

5. Dossier personnel : Ordonnances ou ententes antérieures d'un tribunal : (cocher les cases applicables)

- Il n'existe aucune ordonnance ou entente d'un tribunal impliquant l'intimé, l'enfant ou les enfants et moi-même.
- Il existe une ou des ordonnance(s) d'un tribunal impliquant l'intimé, l'enfant ou les enfants et moi-même. Vous trouverez ci-joint une copie de chaque ordonnance d'un tribunal.
- Il existe une entente écrite impliquant l'intimé, l'enfant ou les enfants et moi-même. Vous trouverez ci-joint une copie de l'entente, et tout changement s'y rapportant.
- Il n'y a pas d'action en divorce en cours.
- Il y a une action en divorce en cours. Elle ne comprend pas de demande de pension alimentaire.
- Une ordonnance de divorce a été rendue; elle ne traite pas de la pension alimentaire. Vous trouverez ci-joint une copie.

6. Antécédents familiaux : (cocher les cases applicables)

- L'intimé et moi-même n'avons jamais vécu ensemble
- L'intimé et moi-même avons eu un ou des enfants(s) ensemble

- L'intimé et moi-même avons commencé à vivre ensemble le _____
- L'intimé et moi-même nous sommes mariés le _____
- L'intimé et moi-même vivons dans une relation formelle et reconnue juridiquement depuis que nous avons enregistré notre union civile ou notre contrat d'union libre le _____
- L'intimé et moi-même nous sommes séparés le _____
- L'intimé et moi-même sommes divorcés en vertu d'une ordonnance depuis le _____

7. Les documents suivants sont joints à cette demande et font partie de la preuve présentée dans cette demande :

(cocher les cases applicables)

Réservé à
l'administration

Pour les pensions alimentaires et les modifications de pensions alimentaires		
<input checked="" type="checkbox"/>	Renseignements d'identification (obligatoire)	Formule B
<input type="checkbox"/>	Preuve de filiation	Formule C
<input type="checkbox"/>	Attestations pour appuyer la déclaration de filiation biologique (contestée)	Formule D
<input type="checkbox"/>	Demande de pension alimentaire pour enfant	Formule E
<input type="checkbox"/>	Demande d'ordonnance alimentaire (en l'absence d'information financière)	Formule F
<input type="checkbox"/>	Demande d'ordonnance alimentaire pour enfant (différente des lignes directrices sur les pensions alimentaires pour enfants)	Formule G
<input type="checkbox"/>	Demande de dépenses spéciales	Formule H
<input type="checkbox"/>	Demande de paiement de la pension alimentaire (différente des lignes directrices sur les pensions alimentaires pour enfants)	Formule I
<input type="checkbox"/>	Pension alimentaire pour le demandeur / requérant	Formule J
<input type="checkbox"/>	Déclaration financière	Formule K
<input type="checkbox"/>	Statut de l'enfant et déclaration financière	Formule L
<input type="checkbox"/>	Preuve de modification de pension alimentaire d'une ordonnance alimentaire	Formule M
Autres documents joints		
<input type="checkbox"/>	Fondement législatif ou légal de la demande	
<input type="checkbox"/>	Toutes les ordonnances alimentaires ou les ententes écrites conclues entre les parties, ou connexes à un enfant à l'égard duquel des aliments sont demandés	
<input type="checkbox"/>	Documents demandés par la juridiction qui juge cette demande	
<input type="checkbox"/>	Autre (dresser la liste)	

<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Je, _____ déclare sous la foi du serment ou affirme que les renseignements et les faits contenus dans cette demande, y compris les formules jointes, sont véridiques. Je présente cette demande de bonne foi.

FAIT SOUS SERMENT OU SOUS AFFIRMATION SOLENNELLE DEVANT MOI

Lieu : _____

Province/territoire : _____

Date : _____

Signature du requérant

Notaire du Nunavut

Dispositions légales qui servent de fondement à ma requête : (cocher une case)

- Une copie de la loi ou des autres dispositions légales est annexée. Je demande au tribunal d'en prendre connaissance lorsqu'il rend son ordonnance.
- Je m'appuie sur le droit du ressort où se tient l'audience de la présente cause.

Formule B

RENSEIGNEMENTS D'IDENTIFICATION

1. RENSEIGNEMENTS SUR MOI-MÊME

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DEUXIÈME PRÉNOM	N° D'ASSURANCE SOCIALE	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATE DE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE
----------------	--------	-----------------	------------------------	---	--------------------------------------

2. ENFANT(S) (s'il y a plus de quatre enfants, veuillez joindre une page supplémentaire)

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DEUXIÈME PRÉNOM	Prov./Territoire/État de résidence (6 derniers mois)	Sexe de l'enfant <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATE DE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE
1.				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
2.				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
3.				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
4.				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

3. RENSEIGNEMENTS SUR L'INTIMÉ(E) (l'autre personne)

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DEUXIÈME PRÉNOM	N° D'ASSURANCE SOCIALE	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATE DE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE
ALIAS / AUTRES NOMS UTILISÉS		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		PERSONNE AVEC QUI VIT L'INTIMÉ(E) (conjoint(e), union libre, ou autre partenaire)	
AUTRES NUMÉROS D'IDENTIFICATION				NOM DE JEUNE FILLE DE LA MÈRE DE L'INTIMÉ(E)	
ADRESSE ACTUELLE OU DERNIÈRE ADRESSE CONNUE (RUE ET NUMÉRO)			VILLE	L'ADRESSE DE L'INTIMÉ(E) EST : <input type="checkbox"/> ACTUELLE, ou <input type="checkbox"/> À PARTIR DU (date) :	
PROVINCE / TERRITOIRE / ÉTAT		PAYS	CODE POSTAL	AREA CODE & PHONE – HOME	
COURRIEL					
<input type="checkbox"/> EMPLOYEUR ACTUEL OU <input type="checkbox"/> DERNIER EMPLOYEUR CONNU			EMPLOI HABITUEL (COMPRED AFFILIATION SYNDICALE ET LOCALE, COMMERCIALE OU PROFESSIONNELLE)		
ADRESSE AU TRAVAIL (RUE ET NUMÉRO)			VILLE	INDICATIF RÉGIONAL ET TÉLÉPH. – TRAVAIL	
PROVINCE / TERRITOIRE / ÉTAT		PAYS	CODE POSTAL	INDICATIF RÉGIONAL ET TÉLÉC. – TRAVAIL	

4. DESCRIPTION DE L'INTIMÉ(E)

GRANDEUR	POIDS	COULEUR DES YEUX	COULEUR DES CHEVEUX	COULEUR DE LA PEAU	PORTE DES LUNETTES? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N VERRES DE CONTACT? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	LIEU DE NAISSANCE	
CARACTÉRISTIQUES OU MARQUES DISTINCTES ET VISIBLES (TATOUAGES, GRAINS DE BEAUTÉ, CICATRICES, ETC.)							
AMIS ET/OU PARENTS QUI SAVENT OÙ JOINDRE L'INTIMÉ(E)							
NOM	LIEN	ADRESSE		VILLE	PROV/TERR./ ÉTAT	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE
1.							
2.							
3.							

LA PHOTOGRAPHIE DE L'INTIMÉ(E) N'EST PAS JOINTE OU EST JOINTE. ANNÉE DE LA PRISE DE LA PHOTO : _____.

- Je possède un dossier d'exécution des ordonnances alimentaires dans ma province/mon territoire/mon état. N° de dossier : _____
- Je ne possède pas de dossier d'exécution des ordonnances alimentaires.

Le présent document est annexé à ma requête en aliments / requête en modification de l'ordonnance alimentaire et fait partie de la preuve :

Signature du requérant

Formule C

PREUVE DE FILIATION

- Je suis autorisé à demander une pension alimentaire à l'égard de l'enfant nommé ci-dessous.
- Je demande au tribunal de déclarer que l'intimé est un parent de l'enfant :

Nom de l'enfant (nom de famille, prénom, deuxième prénom)	Date de naissance de l'enfant (jour, mois, année)

J'allègue que l'intimé est un parent de l'enfant car (*cocher les cases applicables*) :

- Le demandeur et l'intimé étaient mariés, ou vivaient en union libre enregistrée, au moment de la naissance de l'enfant.
 - Le mariage du demandeur et de l'intimé s'est terminé par une décision judiciaire ou par une ordonnance de divorce dans les 300 jours précédant la naissance de l'enfant.
 - Le demandeur et l'intimé se sont mariés après la naissance de l'enfant, et l'intimé a affirmé être le père.
 - L'intimé a affirmé, par écrit, qu'il est le père de l'enfant (copie ci-jointe).
 - L'intimé est inscrit comme père de l'enfant sur l'enregistrement de la naissance ou sur les documents de l'état civil (copie ci-jointe).
 - Le demandeur et l'intimé vivaient en couple au moment de la naissance de l'enfant, ou l'enfant est né dans les 300 jours suivant la fin de la relation. Le demandeur et l'intimé ont vécu ensemble pendant environ _____ (années, mois).
 - Le demandeur n'a pas eu de relations sexuelles avec d'autres hommes au cours de la période débutant 30 jours avant la date de la conception de l'enfant et 30 jours après la date de la conception de l'enfant.
 - Un test génétique a été effectué pour établir la filiation. Ce test démontre que l'intimé est un parent de l'enfant (copie ci-jointe).
 - L'intimé n'est pas un parent biologique de l'enfant, mais a agi à titre de parent pour l'enfant pendant environ _____ (années, mois). Copie ci-jointe de mon explication des gestes de l'intimé démontrant qu'il a agi à titre de parent pour l'enfant.
- Je crois que l'intimé acceptera la conclusion de filiation, ou
 - Je crois que l'intimé pourra contester la filiation de l'enfant. J'ai joint la Formule D et des documents supplémentaires pour appuyer mon allégation selon laquelle l'intimé est un (ou agit à titre de) parent de l'enfant.

Le présent document est annexé à ma requête en aliments / requête en modification de l'ordonnance alimentaire et fait partie de la preuve :

Signature du requérant

Formule D

ATTESTATIONS POUR APPUYER LA DÉCLARATION DE FILIATION BIOLOGIQUE

Je suis la mère de l'enfant nommé ci-dessous :

Nom de l'enfant (nom de famille, prénom, deuxième prénom)	Date de naissance (jour, mois, année)	Lieu de naissance (ville, prov./terr., pays)
---	---------------------------------------	--

1. J'allègue que l'intimé est le père de l'enfant, car :

J'ai eu des relations sexuelles avec l'intimé : (ville, prov./terr., pays) (jour, mois, année OU de [date] à [date])	Grossesse à terme? <input type="checkbox"/> Oui, ou <input type="checkbox"/> Non (expliquer)
---	--

2. Autres faits au sujet de mon allégation selon laquelle l'intimé est le père de l'enfant (*cocher les cases applicables*) :

a	Nous vivions ensemble	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Dates	à
b	J'ai dit aux agents de l'aide sociale qu'il est le père	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
c	Je lui ai dit qu'il était le père de l'enfant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
d	Il est désigné comme le père sur l'enregistrement de la naissance	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> copie certifiée conforme ci-jointe	
e	Il a admis être le père de l'enfant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
f	Il a signé une reconnaissance de paternité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> copie certifiée conforme ci-jointe	
g	Il a envoyé des cartes/lettres/courriels/ concernant la grossesse et/ou la naissance de l'enfant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> copies ci-jointes	
h	Il était présent au moment de la naissance de l'enfant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
i	Il a rendu visite à l'enfant après l'accouchement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
j	Il a offert de payer les frais médicaux/d'avortement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
k	Il a payé les frais reliés à la naissance	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
l	Il a déclaré l'enfant sur les déclarations de revenus	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	
m	Il a offert de la nourriture, des vêtements, des cadeaux ou de l'aide financière pour l'enfant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, expliquer au point 3	
n	Il a vécu avec l'enfant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, expliquer au point 3	
o	Il a rendu visite à l'enfant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, expliquer au point 3	
p	L'enfant lui ressemble <input type="checkbox"/> Photo ci-jointe	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, expliquer au point 3	
q	Il y a des témoins de ma relation avec lui. (Si oui, dresser la liste des noms, leur adresse et les faits connus par chaque personne au point 3)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, expliquer au point 3	

3. Autres renseignements pour appuyer ma déclaration de filiation. Les explications des réponses affirmatives à la question 2 sont données ci-dessous. Suite sur la ou les page(s) ci-jointe(s)

4. Je consens à coopérer à une demande de test génétique sur moi-même pour confirmer la filiation. J'accepte que l'enfant, s'il est sous ma garde, subisse le test génétique.

5. J'ai eu des relations sexuelles avec un homme ou d'autres hommes autres que l'intimé au cours de la période débutant 30 jours avant la date de la conception de l'enfant et 30 jours après la date de la conception de l'enfant Non Oui (si oui, répondre aux questions suivantes)

a. Le nom de l'autre ou des autres hommes :

b. L'autre homme est, ou les autres hommes sont, parent(s) avec l'intimé (p. ex., frère, cousin, oncle, etc.)

Non Oui (si oui, nommer la relation)

c. Je ne crois pas que l'homme pourrait ou les autres hommes pourraient être le père car :

6. J'étais mariée à un homme autre que l'intimé au moment de la naissance de l'enfant

Non Oui (si oui, répondre aux questions suivantes)

a. Nom du mari (nom de famille, prénom, deuxième prénom) et dernière adresse connue :

b. Je ne crois pas que l'homme avec qui j'étais mariée est le père de l'enfant car : (nommer les raisons et joindre tous les documents supplémentaires à l'appui, y compris l'ordonnance de divorce, les résultats de tests sanguins, conclusion de non-filiation, s'il y a lieu)

Le présent document est annexé à ma requête en aliments / requête en modification de l'ordonnance alimentaire et fait partie de la preuve :

Signature du requérant

Formule E

DEMANDE DE PENSION ALIMENTAIRE POUR ENFANTS

- Je demande une pension alimentaire pour les enfants suivants :

Nom de l'enfant (nom de famille, prénom, deuxième prénom)	Date de naissance de l'enfant (jour, mois, année)

- Je demande que le montant de la pension alimentaire soit établi en fonction des lignes directrices sur les pensions alimentaires pour enfants ou le droit du ressort où réside habituellement l'intimé.

Si l'intimé demeure au Canada :

- Je demande uniquement l'établissement de la pension alimentaire pour enfants prévue dans les tables des lignes directrices pour un enfant ou plus.
- Je demande une pension alimentaire pour enfants dont le montant est différent que celui prévu dans les tables. La formule « Demande d'ordonnance de pension alimentaire pour enfants différente de l'établissement de la pension alimentaire pour enfants prévue dans les tables des lignes directrices » (Formule G) est jointe.
- Je demande une pension alimentaire pour enfants supplémentaire, dont le montant est supérieur au montant prévu dans les tables ou aux autres montants. Une « Demande de dépenses spéciales » (Formule H) est jointe. Je demande une pension alimentaire pour enfants supplémentaire de _____ \$.
- Je demande une ordonnance pour que l'intimé contracte et maintienne une assurance médicale et/ou dentaire au profit de l'enfant ou des enfants.

Le présent document est annexé à ma requête en aliments / requête en modification de l'ordonnance alimentaire et fait partie de la preuve :

Signature du requérant

Formule F

DEMANDE D'ORDONNANCE ALIMENTAIRE - SI L'INTIMÉ NE FOURNIT PAS D'INFORMATION FINANCIÈRE -

- Si l'intimé ne fournit pas assez ou pas du tout, d'information financière, je demande au tribunal d'attribuer à l'intimé un revenu de _____ \$ par année. Ma preuve pour cette demande est contenue dans cette formule.

D'après le revenu fictif de l'intimé, je demande une ordonnance : (*cocher les cases applicables*) :

- De _____ \$ par mois pour une pension alimentaire pour moi-même. Vous trouverez ci-joint ma déclaration financière.
- De pension alimentaire pour enfants de _____ \$ par mois, ou le montant payable en vertu des tables des lignes directrices sur les pensions alimentaires pour enfants utilisées par le tribunal.
- Pour la part de l'intimé des dépenses spéciales et/ou extraordinaires. J'ai joint une formule de demande de dépenses spéciales. Voici un résumé de ma demande :

Nom de l'enfant	Type de dépenses spéciales	Montant total payé pour les dépenses (après tout subside déduit)	Montant réclamé pour la part de l'intimé des dépenses
		<input type="checkbox"/> mois ou <input type="checkbox"/> année	<input type="checkbox"/> mois ou <input type="checkbox"/> année
		<input type="checkbox"/> mois ou <input type="checkbox"/> année	<input type="checkbox"/> mois ou <input type="checkbox"/> année
		<input type="checkbox"/> mois ou <input type="checkbox"/> année	<input type="checkbox"/> mois ou <input type="checkbox"/> année
		<input type="checkbox"/> mois ou <input type="checkbox"/> année	<input type="checkbox"/> mois ou <input type="checkbox"/> année
		<input type="checkbox"/> mois ou <input type="checkbox"/> année	<input type="checkbox"/> mois ou <input type="checkbox"/> année

RENSEIGNEMENTS AU SUJET DES SOURCES DE REVENU DE L'INTIMÉ :

- Je crois que l'intimé a un revenu annuel d'environ _____ \$
- La dernière source de revenu connue de l'intimé est :
 - Emploi (inclure le poste, le nom et adresse de l'employeur, d'autres renseignements)
 - Travail indépendant (type de travail, adresse professionnelle, autres renseignements dont dispose le requérant)
 - Prestations d'assurance-emploi (énumérer les dates auxquelles l'intimé a bénéficié de l'a.-e.)
 - Aide sociale (énumérer les dates connues)
 - Assurance-invalidité (énumérer les dates, la raison, les autres renseignements dont dispose le requérant)
 - Autre (énumérer les dates et les détails)

Pour les cases cochées ci-dessus, énumérer les détails de la ou des sources(s) de revenu :

3. Vous trouverez ci-joint les plus récents renseignements sur les sources de revenu de l'intimé. Les renseignements comprennent :

- Bordereaux de paye
- Déclarations de revenus et/ou avis de cotisation
- Autre (préciser) _____

(Répondre SOIT à la question 4 SOIT à la question 5, s'il y a lieu)

4. Je ne possède pas de renseignements ou de documents sur le revenu actuel de l'intimé, mais

- Dans le passé, l'intimé a travaillé : (énumérer ci-dessous)
Type de travail ou poste _____ *Dates de travail* _____

- J'ai obtenu des renseignements statistiques de (*source*) _____
_____. Ces renseignements démontrent qu'une
personne employée à titre de (*travail/poste que l'intimé peut exercer*) _____
_____ dans la compétence de votre tribunal peut
avoir un revenu annuel de _____ \$.

- Je crois que l'intimé a/peut avoir une propriété ou d'autres biens qui pourraient engendrer un certain revenu ou davantage de revenu. Voici la propriété ou les biens :

- Vous trouverez ci-joint un imprimé tiré du site Web de Développement des ressources humaines Canada d'un profil occupationnel – Sommaire du marché du

travail. Je crois que cet imprimé peut aider le tribunal à attribuer un revenu à l'intimé si celui-ci ne donne pas suffisamment d'information financière au tribunal.

- Vous trouverez ci-joint d'autres documents qui peuvent aider le tribunal à attribuer un revenu à l'intimé si celui-ci ne donne pas suffisamment d'information financière au tribunal. Ces documents comprennent :

5. Je ne possède pas de renseignements au sujet des sources de revenu de l'intimé, ou au sujet des expériences de travail passées ou actuelles, mais

- Vous trouverez ci-joint des renseignements statistiques de (*source*) _____.
Ces renseignements démontrent que le revenu annuel moyen dans la compétence de votre tribunal est de _____ \$.
- Vous trouverez ci-joint un imprimé tiré du site Web de Statistique Canada. Elle démontre les revenus moyens familiaux dans la compétence de votre tribunal. Je crois que cet imprimé peut aider le tribunal à attribuer un revenu à l'intimé si celui-ci ne donne pas suffisamment d'information financière au tribunal.
- Vous trouverez ci-joint d'autres documents qui peuvent aider le tribunal à attribuer un revenu à l'intimé si celui-ci ne donne pas suffisamment d'information financière au tribunal. Ces documents comprennent :

Le présent document est annexé à ma requête en aliments / requête en modification de l'ordonnance alimentaire et fait partie de la preuve :

Signature du requérant

Formule G

DEMANDE D'ORDONNANCE DE PENSION ALIMENTAIRE POUR ENFANTS - DIFFÉRENTE DE L'ÉTABLISSEMENT DE LA PENSION ALIMENTAIRE POUR ENFANTS PRÉVUE DANS LES TABLES DES LIGNES DIRECTRICES -

- Je demande au tribunal une ordonnance pour un montant différent que celui prévu dans les tables des lignes directrices sur les pensions alimentaires pour enfants. Ma demande est fondée sur les faits mentionnés ci-dessous. Vous trouverez ci-joint des documents pour appuyer chaque demande.

1. **ENFANT AYANT ATTEINT L'ÂGE DE LA MAJORITÉ :**

Je demande une pension alimentaire pour chaque enfant majeur. J'ai joint la formule « Statut de l'enfant et déclaration financière » pour chaque enfant. Le montant demandé pour chaque enfant est :

NOM DE L'ENFANT	DATE DE NAISSANCE (j/m/a)	MONTANT POUR CET ENFANT

2. **GARDE EXCLUSIVE**

Nous avons au moins 2 enfants et au moins un d'entre eux vit avec un de nous. Les modalités de garde sont contenues dans l'ordonnance attributive de garde ci-jointe, ou comme suit :

Je demande une pension alimentaire pour enfants de _____ \$ par mois pour nourrir l'enfant ou les enfants vivant avec moi. Ma demande est fondée sur les calculs suivants :

	Revenu total (connu, ou fictif de la formule F)	Table des lignes directrices pour prov./terr. de résidence	Nombre d'enfants	Montant payable	Nom de l'enfant ou des enfants
Intimé				\$	
Demandeur				- \$	
Soustrayez le montant payable par le demandeur du montant payable par l'intimé pour calculer le montant réclamé.				= \$	

3. **GARDE PARTAGÉE**

L'enfant vit ou les enfants vivent avec un de nous au moins 40 % du temps pendant l'année. Nos modalités de garde sont contenues dans l'ordonnance attributive de garde ci-jointe, ou comme suit :

Je demande une pension alimentaire pour enfants de _____ \$ par mois pour l'enfant ou les enfants suivant(s) :

NOM DE L'ENFANT	1.	2.	3.
-----------------	----	----	----

4. **DEMANDE POUR DIFFICULTÉS EXCESSIVES :**

Je demande au tribunal de déterminer que, si l'établissement de la pension alimentaire pour enfants prévue dans les tables des lignes directrices est ordonné, j'aurais un niveau de vie du ménage moins élevé que l'autre parent. La partie 5 de ma déclaration financière (Formule K) énumère le revenu de l'autre personne de mon ménage.

Je demande une pension de _____ \$ par mois. J'ai joint les documents pour appuyer chaque demande. L'établissement de la pension alimentaire pour enfants prévue dans les tables des lignes directrices me causerait, ou causerait à mon ou mes enfant(s), des difficultés excessives car :

- J'ai beaucoup de dettes. Les dettes proviennent du soutien de notre famille avant la séparation entre l'autre parent et moi-même, ou sont attribuables à mes dépenses pour gagner un revenu.
- Mes dépenses pour planifier les visites de mon ou mes enfant(s) chez l'autre parent sont élevées.
- J'ai une obligation légale pour le soutien alimentaire d'un ou des enfant(s) autre(s) que l'enfant ou les enfants nommé(s) dans cette demande. L'enfant (ou chaque enfant) n'est pas majeur ou, s'il a atteint l'âge de la majorité, n'est pas en mesure de subvenir à ses besoins lui-même. Âges de l'enfant ou des enfants _____.
- J'ai une obligation légale pour le soutien alimentaire d'un autre enfant et/ou adulte. Cette obligation découle d'un jugement, d'une ordonnance ou d'une entente écrite. J'ai joint une copie.
- J'ai une obligation légale pour le soutien alimentaire d'une personne qui n'est pas en mesure de subvenir à ses besoins elle-même.
- Détails des autres raisons :

5. **JE CROIS QUE LE REVENU ANNUEL DE L'INTIMÉ DÉPASSE 150 000 \$:**

Je demande une pension alimentaire pour enfants de _____ \$ par mois. Je crois que le revenu annuel de l'intimé dépasse 150 000 \$.

Le présent document est annexé à ma requête en aliments / requête en modification de l'ordonnance alimentaire et fait partie de la preuve :

Signature du requérant

Formule H

DEMANDE DE DÉPENSES SPÉCIALES

- Je demande au tribunal de rendre une ordonnance pour une pension alimentaire pour enfants supplémentaire. Le montant additionnel représente la part de l'intimé des dépenses spéciales suivantes. J'ai joint comme preuve des documents pour montrer les raisons de la nécessité de ces dépenses.

Mes dépenses spéciales sont pour les :

- 1. Garde d'enfants
- 2. Frais relatifs aux soins de santé de plus de 100 \$ par année
- 3. Partie des primes d'assurance médicale et/ou dentaire attribuable à l'enfant
- 4. Dépenses extraordinaires pour les études (école primaire et école secondaire)
- 5. Frais d'études postsecondaires (collège ou université)
- 6. Frais extraordinaires relatifs aux activités parascolaires.

	Type de dépense (1 à 6)	Brève description de la dépense	Pour (nom de l'enfant)	Montant réel (ou estimé) dépensé par mois ou par année (M / A)	Montant net dépensé par ANNÉE (après avantage ou subvention, ou déduction ou crédit d'impôt)
a					
b					
c					
d					
e					
f					
g					
h					
i					
j					
k					
l					
m					
n					
o					
p					
q					
r					
s					
t					
Somme totale du montant net dépensé (ou estimé) par ANNÉE					\$

Le présent document est annexé à ma requête en aliments / requête en modification de l'ordonnance alimentaire et fait partie de la preuve :

Signature du requérant

Formule I

DEMANDE DE PAIEMENT D'UNE PENSION ALIMENTAIRE POUR ENFANTS - DIFFÉRENTE DE LA PENSION ALIMENTAIRE POUR ENFANTS PRÉVUE DANS LES TABLES DES LIGNES DIRECTRICES -

- Je demande au tribunal une ordonnance d'un montant différent que celui prévu dans les tables des lignes directrices sur les pensions alimentaires pour enfants. Ma demande est fondée sur les faits mentionnés ci-dessous. Vous trouverez ci-joint des documents appuyant chaque demande.

1. DEMANDE POUR DIFFICULTÉS EXCESSIVES :

Je demande au tribunal de déterminer que, si l'établissement de la pension alimentaire pour enfants prévue dans les tables des lignes directrices était ordonné, j'aurais un niveau de vie du ménage moins élevé que l'autre parent. La partie 5 de ma déclaration financière (Formule K) énumère le revenu de l'autre personne de mon ménage.

Je demande de payer une pension de _____ \$ par mois. J'ai joint les documents pour appuyer chaque demande. L'établissement de la pension alimentaire pour enfants prévue dans les tables des lignes directrices me causerait, ou causerait à mon ou mes enfant(s), des difficultés excessives car :

- J'ai beaucoup de dettes. Les dettes proviennent du soutien de notre famille avant la séparation entre l'autre parent et moi-même, ou sont attribuables à mes dépenses pour gagner un revenu.
- Mes dépenses pour rendre visite à mon ou à mes enfant(s) sont élevées.
- J'ai une obligation légale pour le soutien alimentaire d'un ou des enfant(s) autre que l'enfant ou les enfants nommé(s) dans cette demande. L'enfant (ou chaque enfant) n'est pas majeur ou, s'il a atteint l'âge de la majorité, n'est pas en mesure de subvenir à ses besoins lui-même. Âge de l'enfant ou des enfants
_____.
- J'ai une obligation légale pour le soutien alimentaire d'un autre enfant et/ou adulte. Cette obligation découle d'un jugement, d'une ordonnance ou d'une entente écrite. J'ai joint une copie.
- J'ai une obligation légale pour le soutien alimentaire d'une personne qui n'est pas en mesure de subvenir à ses besoins elle-même.
- Détails des autres raisons :

2. ENFANT AYANT ATTEINT L'ÂGE DE LA MAJORITÉ :

Je demande le paiement d'une pension alimentaire pour chaque enfant majeur nommé ci-dessous. Le nom de l'enfant ou des enfants(s) et la ou les date(s) de naissance sont :

NOM DE L'ENFANT	DATE DE NAISSANCE (j/m/a)	MONTANT POUR CET ENFANT

Je demande au tribunal de prendre en considération le ou les document(s) ci-joint(s) ainsi que mes raisons, lesquelles sont :

documents ci-joints

3. **GARDE EXCLUSIVE**

Nous avons au moins 2 enfants et au moins un d'entre eux vit avec un de nous. Les modalités de garde sont contenues dans l'ordonnance attributive de garde ci-jointe, ou comme suit :

Je demande le paiement d'une pension alimentaire pour enfants de _____ \$ par mois pour subvenir aux besoins de l'enfant ou des enfants vivant avec l'intimé. Ma demande est fondée sur les calculs suivants :

	Revenu total (connu, ou fictif dans la formule F)	Table des lignes directrices pour prov./terr. de résidence	Nombre d'enfants	Montant payable	Nom de l'enfant ou des enfants
Demandeur				\$	
Intimé				- \$	
Soustrayez le montant payable par l'intimé du montant payable par le demandeur pour calculer le montant.				= \$	

4. **GARDE PARTAGÉE**

L'enfant vit ou les enfants vivent avec un de nous au moins 40 % du temps pendant l'année. Nos modalités de garde sont contenues dans l'ordonnance attributive de garde ci-jointe, ou comme suit :

Je demande le paiement d'une pension alimentaire pour enfants de _____ \$ par mois pour l'enfant ou les enfants suivant(s) :

NOM DE L'ENFANT	1.	2.	3.

Le présent document est annexé à ma requête en aliments / requête en modification de l'ordonnance alimentaire et fait partie de la preuve :

Signature du requérant

Formule J

PENSION ALIMENTAIRE POUR LE REQUÉRANT

- Je suis le requérant et je demande une pension alimentaire pour moi-même. Je demande au tribunal de rendre une ordonnance alimentaire en ma faveur de _____ \$ par mois. Une déclaration financière (Formule K) est incluse dans ma demande. Mon allégation est fondée sur les faits suivants :

FAITS AU SUJET DE MON ALLÉGATION :

1.	Ma date de naissance est le :	
2.	Les enfants qui vivent avec moi sont âgés de : <i>(veuillez joindre toute ordonnance/entente de pension alimentaire pour enfants concernant un enfant)</i>	
3.	L'intimé et moi-même avons cohabité (vécu ensemble) et étions mariés ou dans une relation du même type, étions conjoints de fait, des partenaires domestiques ou unis civilement : <i>(donner les détails ici)</i> Le dernier endroit où nous avons vécu en couple avant la séparation est :	Date de début : Date de séparation : (ville/pays) :
4.	Pendant le temps que nous étions ensemble, nous nous sommes séparés pendant <i>(années, mois)</i> au total car :	Durée totale pendant laquelle nous avons vécu séparément :
5.	L'intimé et moi-même avons vécu ensemble pendant un total de <i>(années, mois)</i> :	
6.	Mon statut actuel <i>(séparé, divorcé, marié, conjoint de fait, célibataire, autre)</i> :	

MES ÉTUDES :

7.	Ma dernière année d'études terminées (avant l'école postsecondaire) :	
8.	Année à laquelle j'ai terminé ces études :	
9.	Année terminée ou niveau terminé au collège/à l'université :	
10.	Année à laquelle j'ai terminé ce niveau :	
11.	Autre formation / certificat / diplôme obtenu :	
12.	Durée du cours pour la formation / le certificat / le diplôme (années, mois)	
13.	Année à laquelle j'ai terminé ce cours :	

MON EXPÉRIENCE DE TRAVAIL :

14.	Je n'ai pas occupé d'emploi rémunéré pendant que l'intimé et moi-même étions ensemble <i>(si cet énoncé s'applique à votre cas, inscrire un X dans la case, et descendre à la ligne 21)</i>	
-----	---	--

15.	Pendant la période où l'intimé et moi-même étions ensemble, j'ai occupé un emploi rémunéré pendant un total de (<i>années, mois</i>) <i>(joindre la liste des expériences de travail avec les dates, les emplois, la paye mensuelle)</i>	<input type="checkbox"/> liste des expériences de travail jointe
16.	J'ai travaillé pendant (%) du temps où l'intimé et moi-même étions ensemble <small>[exemple : si les données à la ligne 5 sont 7 ans + 2 mois, ceci équivaut à (7x12)=84+2=86 mois. Si les données à la ligne 15 sont 3 ans + 6 mois, ceci équivaut à (3x12)+6=42 mois. Ensuite 42 / 86 = 48,8 %]</small>	%
17.	L'emploi que j'occupais était (<i>à temps plein, ou à temps partiel, ou les deux</i>)	
18.	Mon emploi normal était : (<i>poste</i>)	
19.	J'ai également travaillé à titre de (<i>autres postes</i>)	
20.	Dans le cas du temps partiel, j'ai travaillé en moyenne les (<i>fraction</i>) d'un temps plein [<i>1/2, 3/4, etc.</i>]	
21.	<input type="checkbox"/> Je n'ai pas occupé un emploi à temps plein, ou je n'ai pas occupé d'emploi rémunéré car (<i>cocher les cases applicables</i>) <input type="checkbox"/> J'ai pris soin d'un ou des enfant(s) en bas âge (<i>dates</i>) <input type="checkbox"/> J'ai pris soin d'un enfant à la maison qui avait des besoins spéciaux (<i>dates</i>)	De : _____ À : _____ De : _____ À : _____
21. suite	<input type="checkbox"/> Je devais être à la maison au retour de l'enfant ou des enfants de l'école <input type="checkbox"/> Nous avons souvent déménagé (<i>combien de fois pendant la relation : _____</i>) <input type="checkbox"/> Je n'avais pas assez d'études/d'expérience pour obtenir un emploi à temps plein <input type="checkbox"/> Il n'y avait pas d'emploi à temps plein disponible <input type="checkbox"/> Je ne voulais pas travailler à temps plein <input type="checkbox"/> Je ne pouvais pas travailler à temps plein (pour des raisons médicales) <input type="checkbox"/> L'intimé et moi-même avons convenu que je ne travaillerais pas à temps plein <input type="checkbox"/> L'intimé et moi-même avons convenu que je travaillerais uniquement à temps partiel <input type="checkbox"/> L'intimé et moi-même avons convenu que je ne travaillerais pas <input type="checkbox"/> L'intimé ne voulait pas que je travaille à temps plein <input type="checkbox"/> L'intimé voulait que je ne travaille qu'à temps partiel <input type="checkbox"/> L'intimé ne voulait pas que je travaille <input type="checkbox"/> Autre(s) raison(s) :	

22.	Depuis que l'intimé et moi-même sommes séparés, j'ai <i>(cocher les cases applicables)</i> <input type="checkbox"/> Travaillé à temps plein <input type="checkbox"/> Travaillé à temps partiel <input type="checkbox"/> Reçu de l'aide sociale <input type="checkbox"/> Reçu un revenu /des prestations de l'assurance-emploi, des allocations d'invalidité, des indemnités pour accidents du travail, d'investissements (détails) <input type="checkbox"/> Reçu des subventions ou des prestations publiques (détails) <input type="checkbox"/> Autres sources de revenu (détails)	(dates)
23.	Depuis que l'intimé et moi-même sommes séparés, je n'ai pas occupé d'emploi rémunéré car : <i>(raisons)</i>	
24.	Depuis que l'intimé et moi-même sommes séparés, j'ai adopté les mesures suivantes visant à améliorer ma capacité à subvenir à mes besoins : <i>(cours, formation professionnelle, éducation, déplacement, etc.)</i>	

RAISONS MÉDICALES :

25.	Je ne suis pas en mesure de subvenir entièrement à mes besoins en raison de problèmes médicaux, d'une invalidité, ou de besoins spéciaux qui m'empêchent de travailler <i>(décrire brièvement votre problème dans la case et joindre les documents ou la lettre du médecin donnant plus de détails)</i>	<input type="checkbox"/> documents joints
26.	Je ne suis pas en mesure de subvenir entièrement à mes besoins car un enfant ou une autre personne a des problèmes médicaux, une invalidité, ou des besoins spéciaux qui m'empêchent de travailler <i>(écrire le nom de la personne, la relation, et décrire brièvement votre problème dans la case et joindre les documents ou la lettre du médecin donnant plus de détails)</i>	Nom de la personne : Sa relation avec moi : Maladie / Besoins spéciaux : <input type="checkbox"/> documents joints

LE PRESENT ET L'AVENIR :

27.	Depuis la date de cette demande, je <input type="checkbox"/> Ne travaille pas <input type="checkbox"/> Travaille à temps plein <i>(emploi, revenu mensuel)</i> <input type="checkbox"/> Travaille à temps partiel <i>(emploi, revenu mensuel)</i> <input type="checkbox"/> Cherche du travail <i>(joindre la liste relative à la recherche d'emploi)</i> <input type="checkbox"/> Reçois de l'aide sociale <i>(revenu mensuel)</i> <input type="checkbox"/> Vais à l'école <i>(type de cours, durée, endroit)</i>	
28.	L'intimé me verse une pension alimentaire (\$ mensuellement)	
29.	L'intimé a accepté de me verser une pension alimentaire de (\$	

33. Les détails de ma planification comprennent : *(énumérer les cours, les endroits où ils sont offerts, la durée des cours, plan à temps plein ou à temps partiel, les coûts et les résultats attendus. S'il existe un dépliant ou un programme sur la formation/ cours, prière de le joindre.)*

[Inscrire sur chaque document joint le numéro de la ligne auquel le document correspond]

- J'ai joint une ou des page(s) supplémentaire(s) avec plus de détails au sujet de ma demande, de mes études, de mon expérience de travail, de ma relation avec l'intimé, des renseignements médicaux, de la condition actuelle et des plans futurs, s'il y a lieu.

Le présent document est annexé à ma requête en aliments / requête en modification de l'ordonnance alimentaire et fait partie de la preuve :

Signature du requérant

Formule K

DÉCLARATION FINANCIÈRE DE _____ (nom du requérant)

Je suis le requérant de cette demande pour obtenir ou modifier une ordonnance alimentaire. Voici ma situation financière :

1. Mon revenu annuel total (avant impôts et autres déductions) pour cette année sera environ de _____ \$
2. Ma source de revenu est : *(cocher les cases applicables et inscrire les détails dans la case ci-dessous)*
 - Emploi *(profession, nom et adresse de l'employeur, durée de l'emploi)*
 - Travail indépendant *(profession, nom et adresse de l'entreprise, durée de l'emploi)*
 - Assurance-emploi *(dernière journée de travail et date du début des prestations)*
 - Aide sociale *(date du début des prestations)*
 - Assurance-invalidité *(date du début des prestations, source de paiement, raison de l'invalidité)*
 - Autre *(préciser)*

Détails des sources de revenu cochées ci-dessus :

3. Tout mon revenu, ou une partie de celui-ci n'est pas assujetti à l'impôt sur le revenu *(partie exemptée et raison)*

PARTIE 1 – SOURCES DE REVENU

Ligne n°			Montant
1.	Revenus d'emploi (traitements, salaires, commissions, temps suppl., primes)		
2.	Autres revenus d'emploi (y compris les pourboires et les gratifications)		
3.	Pension de sécurité de la vieillesse		
4.	Prestations du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec		
5.	Autres pensions et pensions de retraite		
6.	Prestations d'assurance-emploi		
7.	Montant imposable des dividendes de sociétés canadiennes imposables		
8.	Intérêts et autres revenus de placement		
9.	Revenus nets de société de personnes	Bruts	Nets
10.	Revenus de location		
11.	Gains en capital imposables		
12.	Pension alimentaire pour conjoint		
13.	Pension alimentaire pour enfants (si elle est imposable)		
14.	Revenus d'un régime enregistré d'épargne-retraite		
15.	Revenus d'entreprise	Bruts	Nets
16.	Revenus de profession libérale	Bruts	Nets

17.	Revenus de commissions	Bruts		Nets
18.	Revenus d'agriculture	Bruts		Nets
19.	Revenus de pêche	Bruts		Nets
20.	Indemnités pour accident du travail			
21.	Prestations d'assistance sociale			
22.	Versement net des suppléments fédéraux			
23.	Autres revenus (préciser – voir le guide)			
24.	(A) REVENU ANNUEL TOTAL			\$
25.	Revenu total indiqué dans la déclaration d'impôt sur le revenu des particuliers la plus récente (année :)		\$	

RAJUSTEMENTS DU REVENU

Ligne no	Additions	Montant	
26.	Montant réel des dividendes reçues de sociétés canadiennes		
27.	Gains en capital réels déclarés en sus des pertes en capital réelles		
28.	Salaires, prestations ou autres paiements versés à des personnes avec lien de dépendance et déduits d'un revenu de travail indépendant, à moins qu'ils ne soient nécessaires pour que soit gagné un tel revenu		
29.	Déduction admissible pour amortissement - biens réels		
30.	Levée d'options d'achat d'actions accordées à des employés d'une société privée sous contrôle canadien (<i>ne rien indiquer si vous aliénez les actions pendant l'année au cours de laquelle vous levez l'option</i>)		
31.	Valeur des actions au moment de la levée des options		
32.	Moins : Montant payé pour les actions	-	
33.	Montant payé pour l'acquisition des options d'achat des actions	-	
34.		=	
35.	(B) ADDITIONS TOTALES :		\$

Déductions

36.	Cotisations syndicales, professionnelles et autres dépenses d'emploi admises en vertu des lignes directrices sur les pensions alimentaires pour enfants		
37.	Pension alimentaire pour enfants reçue et incluse dans le revenu total indiqué ci-dessus (ligne 13)		
38.	Pension alimentaire pour conjoint reçue de l'autre parent et incluse dans le revenu total indiqué ci-dessus (ligne 12)		
39.	Prestations d'assistance sociale reçues par le parent pour les autres membres du ménage		
40.	Montant imposable des dividendes de sociétés canadiennes imposables		
41.	Gains en capital imposables		
42.	Montant réel des pertes au titre de placements d'entreprise		
43.	Frais financiers et frais d'intérêt		
44.	Revenus d'un travail indépendant, déduction faite des réserves, inclus dans le revenu à des fins fiscales, en sus des revenus du travail indépendant pour la période de 12 mois se terminant le 31 décembre de l'année de déclaration		
45.	Partie de revenus d'entreprise de société de personnes et d'entreprise à propriétaire unique dont la société de personnes exige le réinvestissement		
46.	(C) DÉDUCTIONS TOTALES :		\$

PARTIE 2 – CALCULS AUX FINS DE L'ÉTABLISSEMENT DE LA PENSION ALIMENTAIRE POUR ENFANTS PRÉVUE DANS LES TABLES DES LIGNES DIRECTRICES

Revenu annuel permettant l'établissement de la pension alimentaire pour enfants prévue dans les tables des lignes directrices

47.	(A) Revenu total (<i>inscrit à la ligne 24</i>)		
48.	Plus (B) Additions totales (<i>inscrites à la ligne 35</i>)	+	
49.	Moins (C) Déductions totales (<i>inscrites à la ligne 46</i>)	-	
50.	Revenu annuel permettant l'établissement de la pension alimentaire pour enfants prévue dans les tables des lignes directrices		\$

Revenu annuel permettant l'établissement des dépenses spéciales ou extraordinaires

51.	Revenu annuel permettant l'établissement de la pension alimentaire pour enfants prévue dans les tables des lignes directrices (<i>inscrit à la ligne 50</i>)		
52.	Plus (le cas échéant) pension alimentaire pour conjoint <i>reçue</i> de l'autre parent	+	
53.	Moins (le cas échéant) pension alimentaire pour conjoint <i>payée</i> à l'autre parent	-	
54.	Revenu annuel permettant l'établissement des dépenses spéciales ou extraordinaires	→	\$

PARTIE 3 – DÉPENSES

Voici mes dépenses mensuelles. Ces dépenses sont occasionnées par moi-même et par les membres suivants de mon ménage :

(Si vous assumez le paiement d'une dépense avec une autre personne, indiquez seulement le montant que vous payez.

Convertissez toutes les dépenses en montants mensuels. Indiquez les montants réels, si cela est impossible, fournissez des estimations et inscrivez « est. »)

	\$ par mois
Retenues obligatoires	
55. Impôt sur le revenu	
56. Assurance-emploi	
57. Régime de pensions du Canada	
58. Pension de l'employeur	
59. Autre (préciser)	
Dépenses du ménage	
60. Épicerie et produits domestiques	
61. Repas à l'extérieur de la maison	
62. Ameublement et équipement	
63. Téléphone	
64. Câble (télévision)	
65. Buanderie et nettoyage à sec	
66. Journaux et publications	
67. Papeterie et fournitures d'informatique	
68. Vacances	
69. Soins pour animaux domestiques	
Logement (résidence principale)	
70. Loyer ou hypothèque	
71. Taxes	
72. Assurance-maison	
73. Chauffage	
74. Électricité	
75. Eau	
76. Réparation et entretien de la maison	
77. Entretien du jardin	
78. Autre (préciser)	
Santé	
79. Assurance-soins médicaux	
80. Médicaments (à l'exclusion de la garantie)	
81. Soins dentaires (à l'exclusion de la garantie)	
82. Soins optiques (à l'exclusion de la garantie)	
83. Autre (préciser)	
Transport	
84. Transport public, taxis, etc.	
85. Automobile	
86. Essence et huile	
87. Assurance et permis	
88. Entretien	
89. Stationnement	
90. TOTAL PARTIEL	

	\$ par mois
TOTAL PARTIEL (inscrit à la ligne 90)	
Membres adultes du ménage	
91. Vêtements	
92. Soin des cheveux	
93. Articles de toilette, cosmétiques	
94. Frais de scolarité et fournitures	
95. Divertissements et loisirs	
96. Conditionnement physique	
97. Assurance	
98. Dons de bienfaisance	
99. Cadeaux donnés à d'autres personnes	
100. Alcool et tabac	
Enfants	
101. Garde d'enfants (dépenses normales)	
102. Gardiennage d'enfants (occasionnel)	
103. Vêtements	
104. Soin des cheveux	
105. Allocations	
106. Frais de scolarité et fournitures	
107. Divertissements et loisirs	
108. Assurance	
109. Cadeaux (jouets, livres, etc.)	
110. Activités, leçons et fournitures	
111. Colonie de vacances	
112. Cadeaux donnés à d'autres enfants	
Épargnes pour l'avenir	
113. REÉR	
114. REÉÉ	
115. Autre	
116. Dettes (à l'exception du remboursement hypothécaire)	
117.	
118.	
119. Loyers (préciser)	
120. Paiements alimentaires à d'autres personnes (voir la remarque sous le signe *, ci-dessous)	
121. Réserve pour impôts sur le revenu	
122. Autre (préciser)	
123.	
124.	
125.	
126. TOTAL	

(* Remarque pour la ligne 120. Mentionner le paiement alimentaire payé à des personnes qui **ne sont pas** incluses dans cette demande – exemple : pension alimentaire payée pour un enfant mis au monde dans une relation passée entre vous et un parent qui n'est pas le requérant de cette demande. Si la pension est payée, préciser le nom de la ou des personne(s) pour laquelle ou lesquelles une pension est versée : _____ . Est-ce que les paiements sont versés

Volontairement ou en raison d'une ordonnance judiciaire ou une entente écrite.
 Déduisez-vous les paiements sur votre déclaration de revenus? Oui Non)

PARTIE 4 – AUTRES PENSIONS ALIMENTAIRES OU PRESTATIONS POUR ENFANTS

Remplir cette partie si vous demandez une pension alimentaire pour un enfant ayant atteint la majorité, et/ou vous demandez un montant différent que celui de la pension alimentaire pour enfants prévu dans les tables des lignes directrices

A Je reçois une pension alimentaire pour enfants pour un ou des enfant(s) autre que pour l'enfant ou les enfants de cette demande :

Nom de l'enfant ou des enfants	Montant annuel reçu	Imposable (O / N)

B Je reçois les avantages, allocations ou montants suivants non imposables. (Exemple : l'utilisation d'un véhicule, la garde d'enfants, le logement et les repas. Si l'avantage n'est pas financier, fournir une estimation de la valeur de l'avantage sur une base annuelle)

Avantages reçus	Montant annuel ou estimé

PARTIE 5 – REVENU DU MÉNAGE (ne comprend pas les enfants à l'égard desquels des aliments sont demandés dans cette demande)

Remplir cette partie si vous demeurez avec une autre personne **et** vous demandez une pension alimentaire pour vous-même, **ou** votre demande de pension alimentaire pour enfants comprend une demande pour difficultés excessives, **ou** vous croyez que l'intimé peut présenter une demande pour difficultés excessives.

A Je demeure avec : (*nom au complet de la personne ou des personnes – nota : votre situation/relation conjugale ne pose pas problème, elle sert à déterminer le partage des responsabilités du ménage*)

B Une personne nommée dans la partie A a un enfant ou des enfants vivant dans la maison avec nous (*nom et âge de chaque enfant*)

C Pour chaque personne nommée dans la partie A, répondre aux questions suivantes : (*ajouter une page supplémentaire s'il y a plus de 2 personnes*)

Nom de la première personne

Nom de la deuxième personne

Travaille à (nom de l'employeur, profession)

Travaille à (nom de l'employeur, profession)

- Gagne _____ \$ par _____
- Paye environ _____% des dépenses du ménage
- Ne travaille pas
- N'a pas de revenu
- Ne participe pas financièrement aux dépenses du ménage

- Gagne _____ \$ par _____
- Paye environ _____% des dépenses du ménage
- Ne travaille pas
- N'a pas de revenu
- Ne participe pas financièrement aux dépenses du ménage

PARTIE 6 – ACTIF ET DETTES

A C T I F

Biens réels	Description de l'actif – adresse, type de propriété	Votre valeur nette réelle	Valeur marchande
Automobiles, bateaux, véhicules	Description de l'actif – année, marque, modèle	Votre valeur nette réelle	Valeur marchande
Régime de pension	Fiduciaire / administrateur du régime, jour de l'évaluation		Valeur
REERs	Institution financière, jour de l'évaluation		Valeur
Actifs financiers	Obligations, actions, dépôts à terme, certificats de placement, fonds communs de placement – énumérer le type, le nom de l'institution financière, la date de l'achat		Valeur
Comptes	Comptes bancaires ou autres comptes – type de compte, nom de l'institution financière		Valeur
Entreprise	Nom de l'entreprise, adresse, nature et portée de la propriété ou des intérêts		Valeur de l'intérêt
Assurance-vie	Compagnie qui a établi la police		Valeur de rachat brute
Dettes envers moi	Description – nom de la personne qui me doit de l'argent, raison de la dette, date de remboursement		Valeur
Autre	Description des autres actifs		Valeur

VALEUR TOTALE DE L'ACTIF			\$
DETTES			
Prêt hypothécaire	Institution / personne détenant le prêt hypothécaire	Date du dernier paiement	Solde dû
Cartes de crédit	Nom/Compagnie qui émet la carte et raison de l'emprunt	Date du dernier paiement	Solde dû
Banque / Autre	Institution financière et raison de l'emprunt	Date du dernier paiement	Solde dû
Autre dette	Description de toute autre dette	Date du dernier paiement	Solde dû
VALEUR TOTALE DES DETTES			\$

PARTIE 7 – DOCUMENTS JOINTS À LA PRÉSENTE DÉCLARATION FINANCIÈRE

- Ma déclaration de revenus personnelle pour les trois années fiscales les plus récentes et tous les documents joints aux déclarations.
- Avis de cotisation ou de nouvelle cotisation sur l'impôt sur le revenu que j'ai reçu pour les trois dernières années d'imposition.

(Cocher tous les énoncés qui s'appliquent et joindre les documents énumérés)

- Je suis un employé. J'ai joint un relevé faisant état des gains cumulatifs pour l'année en cours, y compris les payes de surtemps. Si cette information n'est pas indiquée sur mon talon de chèque de paye, j'ai joint une déclaration ou une lettre de mon employeur qui contient cette information, y compris le taux de mon traitement annuel.
- Je reçois des prestations d'assurance-emploi. J'ai joint les trois derniers états de prestation d'EIC.
- Je reçois des indemnités d'accident du travail. J'ai joint les trois derniers états de prestation d'indemnités d'accident du travail.
- Je reçois de l'aide sociale ou de l'aide au revenu. J'ai joint un relevé faisant état du montant que je reçois.
- Je suis un travailleur indépendant. Pour les trois dernières années d'imposition, j'ai joint :
 - Les états financiers de mon entreprise ou de ma pratique professionnelle, sauf s'il s'agit d'une société de personnes; et
 - Un relevé de la répartition des montants payés, au titre notamment des salaires, rémunérations, frais de gestion, avantages ou autres paiements, à des particuliers ou sociétés avec qui j'ai un lien de dépendance, ou au nom de ceux-ci

- Je suis membre d'une société de personnes. Je joins une attestation du revenu que j'en ai tiré, des prélèvements que j'en ai faits et des fonds que j'y ai investis, pour les trois dernières années d'imposition de la société.
- Je contrôle une société. J'ai joint
 - les états financiers de cette société et de ses filiales, et
 - un relevé de la répartition des montants payés, au titre notamment des salaires, rémunérations, frais de gestion ou avantages, à des particuliers ou sociétés avec qui la société ou toute société liée a un lien de dépendance, ou au nom de ceux-ci
- Je suis bénéficiaire d'une fiducie. J'ai joint une copie de l'acte constitutif de celle-ci et de ses trois derniers états financiers.

Date à laquelle cette déclaration financière a été remplie : _____.

Le présent document est annexé à ma requête en aliments / requête en modification de l'ordonnance alimentaire et fait partie de la preuve :

Signature du requérant

Formule L

STATUT DE L'ENFANT ET DÉCLARATION FINANCIÈRE POUR _____
(nom de l'enfant)

Date de naissance de l'enfant (j / m / a) _____

1. Détails des modalités de vie de l'enfant : (*inclure l'endroit où vit l'enfant, si l'enfant vit avec d'autres gens*)

2. Statut d'étudiant de l'enfant (*cocher les cases applicables*)

- L'enfant fréquente l'école secondaire, en _____^e année
- L'enfant a terminé la _____^e année à l'école secondaire en (année) _____, mais n'a pas reçu son diplôme et ne fréquente actuellement pas l'école
- L'enfant a terminé l'école secondaire et ne fréquente pas l'école
- L'enfant a terminé l'école secondaire et planifie suivre un cours postsecondaire débutant le :
(date) _____
- L'enfant suit des cours à temps plein au collège communautaire ou à l'école de métiers
- L'enfant suit des cours à temps partiel au collège communautaire ou à l'école de métiers
- L'enfant suit des cours à temps plein à l'université
- L'enfant suit des cours à temps partiel à l'université

Pour chaque case cochée dans cette section, donner des détails (si l'enfant ne fréquente pas l'école, décrire ce que fait l'enfant. S'il planifie aller à l'école, ou s'il fréquente l'école postsecondaire, inscrire le nom et l'endroit de l'école, le niveau de l'enfant, la durée du cours ou le domaine d'études jusqu'à l'obtention du diplôme).

Détails des études

3. Statut financier et situation d'emploi de l'enfant (cocher les cases applicables). L'enfant :

- N'a pas d'emploi
- A un emploi à temps plein
- A un emploi à temps partiel
- A un emploi saisonnier (*emplois d'été*)
- A produit une déclaration de revenus personnelle faisant état de ses revenus d'emploi pour (années) _____
- A des épargnes personnelles d'environ _____ \$
- Reçoit de l'argent en cadeau chaque année d'une valeur approximative de _____ \$
- Est admissible aux fonds d'éducation par l'entremise d'un REEE détenus par (*nom de la personne qui détient ou des personnes qui détiennent le régime, le type de régime, la valeur si connue*)
- Reçoit ou a droit de recevoir des prêts étudiants du gouvernement
- A un revenu personnel grâce à des investissements, une fiducie ou d'autres sources de revenu
- Autre (préciser)

Pour chaque case relative à l'emploi cochée, donner des détails (nom de l'employeur, emploi de l'enfant, traitements / salaires horaires et mensuels approximatifs et mentionner depuis combien de temps l'enfant travaille pour cet employeur. Pour les autres cases cochées, donner des détails).

Détails sur l'emploi et les sources de revenu

4. Dépenses liées à l'éducation de l'enfant :

*Nommer les dépenses **directement** liées à l'éducation de l'enfant. Pour chaque dépense, inscrire à qui est effectué le paiement, le but du paiement, le montant payé par année et la personne qui paye la dépense. Inscrive le montant total **mensuel** (divisé par 12) à la ligne 106 du Formulaire K.*

5. Raisons justifiant la dépendance continue de l'enfant :

(L'enfant a atteint l'âge de la majorité. Si l'enfant ne travaille pas et ne fréquente pas l'école, donner des détails des raisons justifiant le fait que l'enfant ait besoin de soutien financier de ses parents. Joindre une page supplémentaire au besoin ainsi que des documents à l'appui, telles des lettres d'un médecin.)

- Documents à l'appui joints
 Page(s) supplémentaire(s) jointe(s)

Le présent document est annexé à ma requête en aliments / requête en modification de l'ordonnance alimentaire et fait partie de la preuve :

Signature du requérant

Formule M

PREUVE DE MODIFICATION D'UNE ORDONNANCE ALIMENTAIRE

Je demande au tribunal de changer (modifier) une ou des ordonnance(s) alimentaire(s) ou entente(s) écrite(s) entre l'intimé et moi. L'ordonnance, ou les ordonnances, ou l'entente, ou les ententes, a été ou ont été rendue(s) aux dates suivantes, et est ou sont jointe(s) à ma Demande de modification d'ordonnance alimentaire (Formule A). *(Une demande de changement à une ordonnance ou une entente doit être appuyée par des documents pour prouver le changement et la situation actuelle.)*

Dans l'ordonnance, ou les ordonnances, ou l'entente, ou les ententes, je suis

- La personne qui doit payer une pension alimentaire (le débiteur) ou
- La personne qui reçoit une pension alimentaire (le bénéficiaire).

Je demande au tribunal de **changer** le montant des aliments qui doit être versé pour :

- un enfant ou des enfants
- le bénéficiaire

Je demande au tribunal que le montant des aliments cesse d'être versé à :

- un enfant ou des enfants
- au bénéficiaire

1. Changement de situation du requérant

Ma situation a changé depuis la date à laquelle l'ordonnance/entente a été rendue. *(Inscrire les détails du changement, la date du changement et indiquer si le changement est temporaire ou permanent. Joindre une page supplémentaire au besoin.)*

2. Changement de situation de l'enfant

La situation de l'enfant ou des enfants nommé(s) dans l'ordonnance/entente a changé. *(Inscrire les détails du changement, la date du changement et indiquer si le changement est temporaire ou permanent. Joindre une page supplémentaire au besoin.)*

3. Changement de situation de l'intimé

La situation de l'intimé a changé depuis la date à laquelle l'ordonnance/entente a été rendue. *(Inscrire les détails du changement, la date du changement et indiquer si le changement est temporaire ou permanent. Joindre une page supplémentaire au besoin.)*

4. Demande du requérant / débiteur pour réduire ou annuler les arriérés

- À partir d'aujourd'hui, le montant de la pension alimentaire non payée (arriérés) est de _____ \$. Vous trouverez ci-joint une copie de la déclaration du programme d'exécution des ordonnances alimentaires.
- Si le tribunal ordonne un changement rétroactif (antidaté) du montant de la pension alimentaire, je demande que soient changés les arriérés de la pension alimentaire et que ce changement soit indiqué dans l'ordonnance.
- J'ai fait les efforts suivants pour payer les arriérés :

- Je serai en mesure de payer les arriérés que le tribunal ordonne comme suit : *(Inscrire le montant mensuel disponible pour payer les arriérés, ou d'autres sources de revenu/biens qui pourraient servir à payer les arriérés.)*

5. Demande du requérant / bénéficiaire pour changer l'ordonnance alimentaire

- À partir d'aujourd'hui, le montant de la pension alimentaire non payée (arriérés) est de _____ \$. Vous trouverez ci-joint une copie de la déclaration du programme d'exécution des ordonnances alimentaires.
- Si le tribunal ordonne un changement rétroactif (antidaté) du montant de la pension alimentaire, je demande que soient changés les arriérés de la pension alimentaire et que ce changement soit indiqué dans l'ordonnance.

Date à laquelle ce formulaire a été rempli : _____

Le présent document est annexé à ma requête en aliments / requête en modification de l'ordonnance alimentaire et fait partie de la preuve :

Signature du requérant

Formule N

N° du dossier du tribunal : _____
Emplacement du tribunal : _____
N° EROA/OAER/ISO : _____
Réservé à l'administration

RÉPONSE DE L'INTIMÉ À LA DEMANDE

- Je suis l'intimé
- Je suis une personne ou un organisme ou un gouvernement qui a le droit légal de participer à cette demande. Ma relation est :

_____.

J'ai reçu une demande d'ordonnance alimentaire, ou une demande de modification d'ordonnance alimentaire. Voici mon adresse à laquelle vous pouvez me livrer les documents :

(Nom de famille)	(Prénom)	(Second prénom)
(Adresse municipale et ville / village)		
(Province et code postal)	(Numéro de téléphone, jour)	
(Adresse postale, si différente de l'adresse municipale)	(Numéro de télécopieur)	
(Courriel)		
Il s'agit de : <input type="checkbox"/> mes propres adresses, ou <input type="checkbox"/> a/s de mon avocat, ou <input type="checkbox"/> a/s d'une autre personne		

- J'ACCEPTÉ la demande et je consens à ce que soit rendue une ordonnance telle que demandée.
- J'accepte l'ordonnance qui m'oblige à payer une pension alimentaire. J'ai joint à cette réponse ma déclaration financière, ou
 - Je suis le débiteur de la pension alimentaire dans l'ordonnance ou l'entente que souhaite changer le requérant. J'ai joint à cette réponse ma déclaration financière, ou
 - Je suis le bénéficiaire de la pension alimentaire dans l'ordonnance ou l'entente que souhaite changer le requérant. Mon information financière n'est pas obligatoire pour rendre une ordonnance de modification de pension alimentaire.
- JE N'ACCEPTÉ PAS la demande. Vous trouverez mes raisons dans les documents ci-joints.
- Je me présenterai au tribunal et apporterai trois (3) copies de cette Réponse à la demande de l'intimé ainsi que trois (3) copies ci-jointes des documents suivants, s'il y a lieu :
- Déclaration financière (Formule K) (*obligatoire à moins que vous soyez le bénéficiaire de la pension alimentaire qui accepte le changement à l'ordonnance en vigueur*)
 - Demande de paiement de la pension alimentaire (différente des lignes directrices sur les pensions alimentaires pour enfants) (Formule I)
 - Demande d'ordonnance alimentaire pour enfant (différente des lignes directrices sur les pensions alimentaires pour enfants) (Formule G)

- Demande de dépenses spéciales (Formule H) (*utilisée si vous êtes le bénéficiaire / l'intimé et que vous n'acceptez pas la demande de changement du débiteur / requérant aux montants des dépenses spéciales dans l'ordonnance en vigueur*)
- Statut de l'enfant et déclaration financière (Formule L) (*pour chaque cas relatif à un enfant ayant atteint l'âge de la majorité pour lequel vous n'acceptez pas la demande concernant la pension alimentaire pour cet enfant*)

Autre (préciser) : _____

- J'aurai un avocat pendant l'audience du tribunal. Voici le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de mon avocat :

Je, _____ déclare sous la foi du serment et affirme que les renseignements et les faits énoncés dans cette réponse, y compris les formules jointes et/ou les documents joints, sont véritables. Je présente cette demande de bonne foi.

FAIT SOUS SERMENT OU SOUS AFFIRMATION SOLENNELLE DEVANT MOI

Lieu : _____

Territoire : _____

Date : _____

Notaire public au Nunavut.

Signature de l'intimé

Formule 0

DEMANDE D'EXÉCUTION

UTILISEZ CETTE FORMULE :

- ◆ S'il s'agit de votre première demande d'aliments de cet intimé
- ◆ Si vous avez une ordonnance alimentaire, et que l'intimé a déménagé dans une autre province, un autre territoire ou un autre pays
- ◆ Si vous voulez que le programme d'exécution des ordonnances alimentaires exécute une nouvelle ordonnance, une ordonnance en vigueur ou une ordonnance changée.

VEUILLEZ JOINDRE une copie supplémentaire des Renseignements d'identification (Formule B) à cette demande. Les renseignements contenus dans les deux formules aideront le programme d'exécution des ordonnances alimentaires à recouvrer le montant mensuel de votre pension alimentaire ou de tout arriéré non payé.

AVEZ-VOUS AFFAIRE À UN PROGRAMME D'EXÉCUTION DES ORDONNANCES ALIMENTAIRES POUR CETTE ORDONNANCE OU ENTENTE? NON, OUI. Si oui,

(PROGRAMME TRAITANT VOTRE CAS)

(NUMÉRO DE CAS/COMPTE)

ACTIF DE L'INTIMÉ / DÉBITEUR

Véhicules automobiles (automobiles, bateaux, véhicules de plaisance, etc.)	ANNÉE	COULEUR	N° DE PLAQUE D'IMMATRICULATION ET NOM DE LA PROV./ DU TERR./ DE L'ÉTAT
1.			
2.			
3.			

BIENS RÉELS (MAISONS, CHALETS, BIEN DE PLACEMENT) – ADRESSE MUNICIPALE	VILLE	PROV./TERR./ÉTAT	DESCRIPTION OFFICIELLE (SI CONNUE)
4.			
5.			

ACTIF / BANQUE / INSTITUTION FINANCIÈRE	ADRESSE	TYPE DE COMPTE	NUMÉRO DE COMPTE
6.			
7.			
8.			

CARTES DE CRÉDIT NOM DE LA COMPAGNIE	NUMÉRO DE COMPTE	NOM DE LA COMPAGNIE	NUMÉRO DE COMPTE
9.		11.	
10.		12.	

SI VOUS AVEZ PLUS D'ACTIFS, OU PLUS DE DÉTAILS AU SUJET DE CES ACTIFS, LES ÉNUMÉRER CI-DESSOUS EN UTILISANT LE NUMÉRO DE LA CASE. (Exemple : un des biens réels énumérés à la case 4 a été payé par l'intimé, mais il est au nom du conjoint actuel.)

PAGES SUPPLÉMENTAIRES OU COPIES DE DOCUMENTS SONT JOINTES

TRIBUNAL : *NE PAS SIGNIFIER CE DOCUMENT À L'INTIMÉ*

