

Autorisation de débit préautorisé

Programme d'exécution des ordonnances alimentaires Téléphone : 204 945-7133
352, rue Donald, bureau 100, Winnipeg (Manitoba) R3B 2H8 Télécopieur : 204 945-5449
ManitobaMEPinquiries@gov.mb.ca Sans frais au Canada : 1 866 479-2717

J'autorise le Programme d'exécution des ordonnances alimentaires (le « Programme ») et l'établissement financier indiqué ci-dessous à prélever des paiements d'aliments sur le compte que j'indique ci-dessous. L'autorisation demeurera en vigueur jusqu'à ce que le Programme reçoive de moi un avis écrit de sa modification ou de sa révocation. **L'autorisation et toute modification subséquente doivent parvenir au Programme au moins cinq (5) jours ouvrables avant le prélèvement suivant prévu pour permettre le traitement. Aucune modification ne peut être apportée à l'autorisation reçue à compter des dates de prélèvement indiquées ci-dessous.** Je peux obtenir un formulaire d'annulation sur le site Web du Programme : www.manitoba.ca/justice/courts/mep/index.fr.html. Je peux obtenir plus de renseignements sur mon droit d'annuler l'autorisation auprès de mon établissement financier ou en visitant www.paiements.ca.

Nom de famille du débiteur alimentaire _____ Prénom et deuxième prénom _____ N° de dossier du Programme : _____

Nom de famille du titulaire du compte bancaire (s'il n'est pas le débiteur alimentaire) ou _____ Prénom et deuxième prénom : _____
du cotitulaire du compte bancaire (le cas échéant) :

Ce sont des services (cochez une case) : personnels d'entreprise N° de téléphone le jour : _____

Étape 1 : Indiquez le montant, la date de début et la fréquence de vos paiements. L'autorisation ne peut être traitée que si tous ces renseignements sont fournis. (REMARQUE : Vous pouvez décrire des paiements supplémentaires sur une feuille distincte au besoin).

Indiquez si l'autorisation de débit préautorisé : remplace une autorisation actuelle ou s'ajoute à une autorisation actuelle.

Pour une obligation alimentaire régulière – À compter du paiement régulier prévu le _____, j'autorise
AAAA/MM/JJ

le Programme à prélever sur le compte indiqué ci-dessous les paiements dont les montants et les dates d'échéance sont indiqués dans mon ordonnance alimentaire, soit _____ \$ selon la fréquence suivante (vous devez cocher une case) :
montant de chaque paiement

chaque mois toutes les deux semaines chaque semaine le dernier jour de chaque mois deux fois par mois : le _____
et le _____ de chaque mois

Pour un arriéré – À compter du _____, j'autorise le Programme à prélever sur le compte indiqué ci-dessous,
AAAA/MM/JJ
jusqu'à ce que l'arriéré soit payé intégralement, la somme supplémentaire de _____ \$ à la fréquence suivante
montant de chaque paiement

(vous devez cocher une case) :

chaque mois toutes les deux semaines chaque semaine le dernier jour de chaque mois deux fois par mois : le _____
et le _____ de chaque mois

Pour un paiement unique – J'autorise le Programme à prélever sur le compte indiqué ci-dessous un paiement unique de

_____ \$ le _____
AAAA/MM/JJ

Étape 2 : Fournissez des renseignements sur votre compte

Si vous joignez un bordereau de dépôt personnel ou un chèque annulé, vous pouvez passer à l'étape 3.

N° transitaire (cinq chiffres) _____ N° de banque (trois chiffres) _____ N° de compte _____

Type de compte Chèque Épargne Chèque et épargne

Nom, adresse et numéro de téléphone de l'établissement financier :

Étape 3 : Lisez les conditions énoncées à la page suivante, puis signez, datez et postez ou télécopiez le formulaire rempli à l'adresse ou au numéro indiqués ci-dessus.

Je confirme avoir lu et compris toutes les conditions énoncées à la page suivante du présent formulaire et **ne pas exiger de préavis du montant à prélever avant qu'il le soit.**

Signature du titulaire du compte _____ Signature du cotitulaire du compte (le cas échéant) _____ Date _____

Autorisation de débit préautorisé

Programme d'exécution des ordonnances alimentaires Téléphone : 204 945-7133
352, rue Donald, bureau 100, Winnipeg (Manitoba) R3B 2H8 Télécopieur : 204 945-5449
ManitobaMEPinquiries@gov.mb.ca Sans frais au Canada : 1 866 479-2717

Conditions

1. Je comprends que le mot « je » (ou « j' ») désigne tout titulaire du compte précisé.
2. J'ai veillé à ce que chaque signataire autorisé qui doit signer relativement au compte précisé ait signé l'autorisation de débit préautorisé.
3. Je comprends que l'autorisation vise le paiement des aliments, des arriérés d'aliments, des pénalités et des frais applicables.
4. Je consens à ce que le Programme rajuste le montant, les dates ou la fréquence des paiements prélevés sur le compte précisé si mon ordonnance alimentaire fait l'objet d'une modification, d'un nouveau calcul ou d'une mise à jour du fait d'une entente, d'un plan de paiement, d'une suspension administrative de l'exécution ou d'un rajustement de vie chère. **Le Programme ne m'avisera pas avant de modifier le montant, les dates ou la fréquence des paiements d'aliments comme le précise mon ordonnance alimentaire ou mon entente actuelle ou nouvelle. Je renonce à mon droit de recevoir un préavis du montant (y compris tout solde d'arriéré), des dates ou de la fréquence modifiés des prélèvements.**
5. J'ai veillé à ce que le montant et la fréquence des paiements, dans le cas d'une obligation alimentaire régulière, correspondent au montant et aux dates d'échéance fixés dans mon ordonnance alimentaire.
6. Je comprends que si la date d'échéance d'un paiement tombe une fin de semaine, un jour férié ou un jour de fermeture des services gouvernementaux, le prélèvement pourrait se faire le jour ouvrable suivant. Je comprends aussi qu'une panne informatique pourrait retarder le prélèvement de mon paiement.
7. Je comprends que le Programme imposera une pénalité de 50 \$ en cas d'échec d'un prélèvement (par exemple, opposition au paiement, provision insuffisante). Je comprends aussi que le Programme peut, sans m'en aviser, annuler l'autorisation et prendre des mesures d'exécution sur réception d'un avis d'échec de prélèvement.
8. J'aviserai le Programme par écrit, à l'adresse ou au numéro de télécopieur précisés ci-dessus, de tout changement dans les renseignements financiers indiqués dans la présente autorisation au moins **cinq (5) jours ouvrables** avant le prélèvement suivant prévu.
9. Je comprends que le Programme peut accepter ou non ce mode de paiement.
10. Je comprends que j'ai le droit de contester un prélèvement effectué en vertu de l'autorisation de débit préautorisé dans les 90 jours du prélèvement. Je comprends aussi que je **dois immédiatement** aviser le Programme par écrit, à l'adresse ou au numéro de télécopieur précisés ci-dessus, en cas de contestation.
11. Je comprends que j'ai certains droits de recours dans le cas où un prélèvement ne respecte pas l'autorisation. Par exemple, j'ai le droit d'être remboursé en cas de prélèvement non autorisé ou incompatible avec l'autorisation. Pour en savoir plus sur mes droits de recours, je peux consulter mon établissement financier ou visiter www.paiements.ca.
12. Sauf si vous avez coché à l'étape 1 de la page 1 la case appropriée indiquant le remplacement ou l'ajout d'une autorisation, l'acceptation de l'autorisation par le Programme annulera toute autorisation de débit préautorisé acceptée antérieurement.