

Déclaration financière – Entente de paiement

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 : 866 479-2717

Vous pouvez conclure une entente de paiement avec le Programme d'exécution des ordonnances alimentaires (le « Programme ») lorsque vous pouvez payer les aliments réguliers mais êtes incapable de payer la totalité d'un arriéré. L'entente de paiement permet au Programme de collaborer avec vous pour établir le montant des paiements de remboursement d'arriéré en fonction de votre situation financière. Les renseignements que vous fournirez dans la présente déclaration serviront à déterminer un montant de remboursement abordable pour que vous puissiez payer votre arriéré progressivement. Nous vous confirmerons le montant des paiements de remboursement et mettrons à jour toute mesure de recouvrement au besoin. Si vous ne travaillez pas ou si votre revenu a baissé et que vous ne pouvez pas effectuer vos paiements alimentaires réguliers ou un paiement d'arriéré, veuillez visiter notre site Web (www.gov.mb.ca/justice/courts/mep/fma.fr.html) ou communiquer avec notre bureau pour connaître les autres options dont vous disposez. Aucune pénalité pour paiement tardif n'est imposée à l'égard de l'arriéré d'aliments tant que les paiements sont effectués conformément à l'entente.

Une fois l'entente de paiement conclue, veuillez aviser le Programme de tout changement dans votre situation financière, y compris votre emploi, une lésion, une mise à pied ou un licenciement, pour que le Programme puisse examiner l'entente et rajuster les montants à rembourser au besoin. Veuillez aussi vous assurer que nous avons vos coordonnées à jour (adresse, n° de téléphone, courriel) et nous aviser si elles changent.

VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT ET REMPLIR COMPLÈTEMENT.**1. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Nom complet : _____

Autres noms que vous utilisez ou avez utilisés : _____

Adresse postale et civique : _____

COURRIEL : _____

*En fournissant votre adresse courriel, vous autorisez le Programme à communiquer avec vous et à vous envoyer des documents, des lettres ou des formulaires par courriel jusqu'à ce que vous annuliez cette autorisation.

N°s de téléphone – Domicile : _____ Travail : _____ Cellulaire : _____

Date de naissance : _____ N° de permis de conduire : _____

N° d'assurance sociale : _____ N° de statut selon les traités : _____

État matrimonial : Célibataire Marié(e) Autre (précisez) : _____Nom du/de la conjoint(e), y compris de fait du/de la colocataire actuel(le) : _____

Dressez la liste des personnes qui **ne sont pas nommées dans votre ordonnance ou votre entente** et qui dépendent de vous financièrement :

Nom de la personne à charge : _____ Âge : _____ Lien avec vous : _____

Adresse : _____ Raison de la dépendance : _____

Nom de la personne à charge : _____ Âge : _____ Lien avec vous : _____

Adresse : _____ Raison de la dépendance : _____

Utilisez la page 3 d'il y a d'autres personnes à charge.

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE REVENU : (Joignez deux talons de paye de chaque source de revenu.)

Renseignements sur l'emploi

- Nom de l'employeur actuel : _____
Adresse : _____
N° de téléphone : _____ Type d'entreprise : _____
Nom du superviseur : _____
Cycle de paye : Hebdomadaire Bihebdomadaire Deux fois par mois Mensuel Autre _____
Date de la prochaine paye : _____ Revenu annuel brut _____ \$
- Travailleur autonome – Nom d'entreprise : _____ Faisant affaire sous : _____
L'entreprise est une société immatriculée : Oui Non Adresse : _____
N° de téléphone : _____ Type d'entreprise : _____
Nom du ou des partenaires commerciaux : _____
Adresse : _____ Téléphone : _____
- Sous-traitant – Nom de la compagnie par laquelle vous sous-traitez : _____
Coordonnées de la personne ressource : _____

Prestations ou remplacement du revenu

- Prestations d'assurance-emploi
- Aide à l'emploi et au revenu – chargé(e) de cas : _____
- Pension (Sécurité de la vieillesse, Régime de pensions du Canada, autre – précisez :) _____
- Indemnités d'accident du travail, d'invalidité ou autres prestations de remplacement de salaire :
Fréquence : Hebdomadaire Bihebdomadaire Deux fois par mois Mensuel Autre _____
Date du prochain paiement : _____ Revenu annuel brut _____ \$

Revenu mensuel total de toutes les sources avant déductions _____ \$

Revenu mensuel total après déductions _____ \$

Autre source de revenu _____ \$
(P. ex., passe-temps, revenu de location, dividendes, rentes, intérêts. Précisez la source si elle n'est pas mentionnée ci-dessus.)

3. DÉPENSES MENSUELLES

	TOTAL	MONTANT PAYÉ PAR VOUS
<input type="checkbox"/> Loyer _____ <small>(Indiquez le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du locateur.)</small>	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Hypothèque _____ <small>(indiquez le nom de la banque titulaire de l'hypothèque)</small>	\$ _____	\$ _____
Impôt foncier	\$ _____	\$ _____
Assurance du domicile ou du locataire	\$ _____	\$ _____
Services publics (chauffage, électricité, eau)	\$ _____	\$ _____
Épicerie (nourriture, articles de toilette, etc.)	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Téléphone résidentiel <input type="checkbox"/> Téléphone(s) cellulaires(s)	\$ _____	\$ _____
Télévision et Internet..	\$ _____	\$ _____
Vêtements	\$ _____	\$ _____
Dépenses personnelles (précisez : _____)	\$ _____	\$ _____
Transport (essence, stationnement, réparations, transport en commun, etc.).	\$ _____	\$ _____
Assurance-automobile	\$ _____	\$ _____
Assurance-vie	\$ _____	\$ _____
Paiements alimentaires ordonnés par le tribunal (tous les enfants).....	\$ _____	\$ _____
Frais de garde de l'enfant	\$ _____	\$ _____
Activités / dépenses scolaires (toutes les personnes à charge)	\$ _____	\$ _____
Alcool, tabac (autre : décrire _____)	\$ _____	\$ _____
Divertissement :	\$ _____	\$ _____
Église ou organisations caritatives	\$ _____	\$ _____
Autre (précisez) _____	\$ _____	\$ _____
TOTAL – DÉPENSES MENSUELLES	\$ _____	\$ _____

(Saisir ce montant sur la ligne B du sommaire des dépenses et des revenus mensuels.)

Sommaire des dépenses et des revenus mensuels :

A) Revenu mensuel total (toutes sources, après déductions) _____ \$
B) Soustraire : Dépenses mensuelles totales _____ \$
C) **Revenu disponible total** (A moins B) _____ \$

Décrivez (marque, modèle, année, n° de série ou d'identification de véhicule, n° de plaque d'immatriculation) les équipements (véhicules automobiles, matériel de construction ou de loisir, etc.) que vous possédez ou louez et indiquez leur valeur :

Énumérez tous vos comptes bancaires, investissements et régimes de pension (n° de compte, solde, nom et adresse de l'établissement de chacun) :

Indiquez tous les biens immobiliers (maisons, immeubles locatifs, chalets, habitation en multipropriété, condominiums, etc.) dans lesquels vous avez un intérêt, leur adresse et leur valeur ainsi que les noms et adresses des copropriétaires :

Indiquez tout règlement ou héritage reçu, son montant et sa date de réception :

Type	Montant	Date de réception
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Avez-vous déposé des déclarations de revenus au cours des trois dernières années Oui Non

Dans l'affirmative, joignez des copies de vos déclarations ou de vos avis de cotisation.

Dans la négative, pourquoi? _____

Renseignements sur les autres personnes à charge

Dressez la liste des personnes qui **ne sont pas nommées dans votre ordonnance ou votre entente** et qui dépendent de vous financièrement :

Nom de la personne à charge : _____ Âge : _____ Lien avec vous : _____
Adresse : _____ Raison de la dépendance : _____
Nom de la personne à charge : _____ Âge : _____ Lien avec vous : _____
Adresse : _____ Raison de la dépendance : _____

Dressez la liste des personnes qui **ne sont pas nommées dans votre ordonnance ou votre entente** et qui dépendent de vous financièrement :

Nom de la personne à charge : _____ Âge : _____ Lien avec vous : _____
Adresse : _____ Raison de la dépendance : _____
Nom de la personne à charge : _____ Âge : _____ Lien avec vous : _____
Adresse : _____ Raison de la dépendance : _____

Je comprends que les paiements d'arriéré s'ajoutent à l'obligation alimentaire régulière. Un avis fédéral de retenue des aliments sera maintenu pour que les remboursements d'impôt sur le revenu et de taxe sur les produits et services servent à payer l'arriéré, en plus de tout paiement prévu par l'entente de paiement, jusqu'à ce que l'arriéré soit payé totalement.

Je comprends que je dois informer le Programme si ma situation change pour qu'il puisse examiner mon entente de paiement et la mettre à jour au besoin.

Je comprends que si j'ometts d'effectuer les paiements prévus sans en aviser le Programme, il peut prendre des mesures de recouvrement visant la totalité des aliments réguliers et de l'arriéré.

Je, _____, **DE** _____,
Écrivez votre nom complet en lettres moulées. Nom de votre ville ou municipalité

**DANS LA PROVINCE _____, DÉCLARE QUE LES RENSEIGNEMENTS DONNÉS
DANS LA DÉCLARATION FINANCIÈRE CI-DESSUS SONT VÉRIDIQUES À MA CONNAISSANCE.**

DATE : _____
Date où vous remplissez la présente déclaration

Signature : _____
Signez ici.