

Dossier PEOA n° : _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'INTIMÉ¹

| | | |
|--------------------------------|------------------------|---------------------------------|
| Nom de famille | Prénom | Autres prénoms |
| Date de naissance (AAAA/MM/JJ) | Téléphone () | Numéro d'assurance sociale |
| Employeur | Adresse de l'employeur | Téléphone de l'employeur () |

Combien de personnes à votre charge compte actuellement votre ménage? : _____

REVENUS MENSUELS

| REVENU D'EMPLOI | |
|--|----|
| Salaire brut de base | \$ |
| Heures supplémentaires, commissions, primes et bonis (Total des autres sommes reçues pendant l'année, divisé par 12 pour établir le revenu mensuel supplémentaire moyen) | \$ |
| DÉDUCTIONS POUR EMPLOI | |
| Impôt sur le revenu | \$ |
| Régime de pension du Canada | \$ |
| Assurance-emploi | \$ |
| Cotisations syndicales | \$ |
| Régime de pension agréé | \$ |
| Assurance-vie collective | \$ |
| Assurance médicale | \$ |
| Stationnement | \$ |
| Autre (préciser) | \$ |
| AUTRES REVENUS | |
| Allocation familiale | \$ |
| Aide au revenu | \$ |
| Prestations de retraite/rentes | \$ |
| Revenu de location | \$ |
| Intérêts | \$ |
| Accord de séparation/ordonnance du tribunal | \$ |
| Revenu des enfants | \$ |
| Autre (préciser) | \$ |
| REVENU DU PARTENAIRE | |
| Salaire net du partenaire | \$ |

Total des revenus d'emploi + \$

Total des déductions pour emploi - \$

Total des autres revenus + \$

Revenu du partenaire + \$

Total des revenus nets (de toute provenance) \$

* Des copies du talon de chèque des trois (3) dernières payes et des trois (3) dernières déclarations de revenus **doivent** être annexées au présent formulaire.

¹ Dans le présent document, les expressions désignant des personnes visent à la fois les hommes et les femmes.

PROPOSITION

En plus de mes versements réguliers de _____ \$ _____, à titre
PAR SEM., AUX DEUX SEMAINES, PAR MOIS, ETC

d'exécution de l'ordonnance alimentaire dont je suis le débiteur, je propose de verser _____ \$

_____ en règlement progressif de mon arriéré, à compter du _____.
PAR SEM., AUX DEUX SEMAINES, PAR MOIS, ETC JOUR MOIS ANNÉE

Signature _____

Date AAAA/MM/JJ _____

Nota : Votre proposition doit établir des modalités de paiement permettant de recouvrer l'arriéré dans un délai raisonnable ou elle sera refusée.

DÉPENSES MENSUELLES

LOGEMENT

| | | | |
|---------------------------------|----|-----------------------|----|
| Loyer | \$ | Hypothèque | \$ |
| Taxes et impôts fonciers | \$ | Assurance | \$ |
| Réparations/frais d'entretien | \$ | Éclairage/électricité | \$ |
| Chauffage | \$ | Eau | \$ |
| Téléphone | \$ | Câblodistribution | \$ |
| Combustible (mazout, gaz, bois) | \$ | | |
| Autre (préciser) | | | \$ |

Total des dépenses liées au logement \$

BIENS DU MÉNAGE

| | | | |
|-------------|----|-----------------------|----|
| Réparations | \$ | Frais de remplacement | \$ |
| Assurances | \$ | | |

Total des dépenses liées aux biens du ménage \$

PROVISIONS

| | | | |
|------------------|----|---------------------|----|
| Alimentaires | \$ | Repas au restaurant | \$ |
| Non alimentaires | \$ | | |

Total des dépenses liées aux provisions \$

HABILLEMENT

| | | | |
|-------------------------------|----|----------------|----|
| Pour enfants vivant avec vous | \$ | Pour vous-même | \$ |
| Autre (préciser) | | | \$ |

Total des dépenses liées à l'habillement \$

TRANSPORTS

| | | | |
|---------------------------|----|--------------|----|
| Autobus/taxi | \$ | Dépréciation | \$ |
| Carburant/huile | \$ | Réparations | \$ |
| Assurance/immatriculation | \$ | | |
| Autre (préciser) | | | \$ |

Total des dépenses liées aux transports \$

ASSURANCE – SOINS MÉDICAUX ET DENTAIRES

(si la prime s'ajoute à celle déjà déduite du salaire brut [talon de paye])

| | | | |
|-----------------------------|----|-----------------|----|
| Assurance médicale | \$ | Frais dentaires | \$ |
| Spécialiste dentaire | \$ | Ordonnances | \$ |
| Autre (thérapie, vitamines) | | | \$ |

Total des dépenses liées aux soins et aux services médicaux/dentaires \$

DÉPENSES MENSUELLES (suite)

DÉPENSES DIVERSES

| | | | |
|-------------------------------------|----|-------------------------------------|----|
| Paiement des dettes (ci-après) | \$ | Allocations des enfants | \$ |
| Fournitures/frais scolaires | \$ | Autre assurance | \$ |
| Gardiennage/garderie | \$ | Coupe de cheveux/coiffure | \$ |
| Buanderie/nettoyeur | \$ | Droits : association sportive, etc. | \$ |
| Église/œuvres caritatives | \$ | Cadeaux | \$ |
| Noël/anniversaires | \$ | Fonds de vacances | \$ |
| Divertissement (cinéma, club vidéo) | \$ | Journaux/revues | \$ |
| Alcool | \$ | Tabac | \$ |
| Frais juridiques | \$ | Urgences | \$ |
| Autre (préciser) | | | \$ |

Total des dépenses diverses

\$

Total des dépenses

\$

LISTE DES CRÉANCIERS ET MODALITÉS DE REMBOURSEMENT (y compris, le cas échéant, le remboursement d'un prêt automobile)

| NOM DU CRÉANCIER | PRODUIT OU SERVICE OBTENU | SOMME DUE (SOLDE) | PAIEMENT MENSUEL |
|------------------|---------------------------|-------------------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | | \$ | \$ |

Rappel : Avez-vous énoncé votre proposition en page 2? Vous devez remplir l'encadré avant de renvoyer le présent formulaire.

Signature

Date AAAA/MM/JJ

Veillez remplir ce formulaire et le faire parvenir au PEOA :

En personne :

Édifice de droit Andrew-A.-Philipsen (rez-de-chaussée)
2134, 2^e Avenue
Whitehorse

Heures d'ouverture :
De 9 h à 16 h, du lundi au vendredi

Par la poste :

Programme d'exécution des ordonnances alimentaires (PEOA)
C. P. 2703 (J-3M),
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6

Télécopieur : 867-393-6989
Courriel : justmep@gov.yk.ca

Besoin d'assistance?

Communiquez avec le PEOA, sans frais, au 1-877-617-5347.

Les renseignements fournis dans le présent formulaire sont recueillis en vertu des dispositions de la *Loi sur l'exécution des ordonnances alimentaires* (art. 6) aux fins de satisfaire aux exigences de cette *Loi* dans l'application des ordonnances ou des accords de pension alimentaire. Ces renseignements sont recueillis et gérés en conformité avec la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Veuillez adresser toute demande relative à la collecte ou à l'utilisation des renseignements au Programme d'exécution des ordonnances alimentaires, au 1-877-617-5347, ou par écrit, à l'adresse ci-dessus.