

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)			\$
Autre (préciser)			\$
Autre (préciser)			\$
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.