

# FORMULE 3

## RENSEIGNEMENTS SUR LE PAYEUR

(Loi sur l'exécution des ordonnances de soutien, L.N.-B. 2005, c.S-15.5, art.8)

N° du dossier de la cour \_\_\_\_\_

N° du dossier du SOSF \_\_\_\_\_

Veuillez remplir la présente formule et la renvoyer au bureau local du SOSF \_\_\_\_\_ au plus tard le \_\_\_\_\_.

Vous devez aviser le SOSF si vos coordonnées changent.

### RENSEIGNEMENTS À VOTRE SUJET

Inscrivez « s.o. » si la question n'est pas pertinente, et répondez « je ne sais pas » si vous ne connaissez pas la réponse. Veuillez écrire en lettres moulées. Ajoutez des pages si vous manquez d'espace.

#### Renseignements généraux

**Nom que vous utilisez le plus fréquemment :**

\_\_\_\_\_ (nom de famille)

\_\_\_\_\_ (prénom)

\_\_\_\_\_ (second prénom)

**Autres noms que vous utilisez, par exemple si le nom que vous avez indiqué ci-dessus est différent de celui qui se trouve dans votre ordonnance :**

\_\_\_\_\_ (nom de famille)

\_\_\_\_\_ (prénom)

\_\_\_\_\_ (second prénom)

**Sexe :**  M  F **Date de naissance :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Nom de jeune fille de votre mère :** \_\_\_\_\_  
(jour) (mois) (année)

**Lieu de naissance :** \_\_\_\_\_

#### Adresse et coordonnées

**Adresse du domicile :** \_\_\_\_\_  
(numéro et nom de la rue) (app.) (municipalité)

**Province/État :** \_\_\_\_\_ **Code postal :** \_\_\_\_\_ **Pays :** \_\_\_\_\_

**Adresse postale (si elle est différente) :** \_\_\_\_\_  
(numéro et nom de la rue) (app.) (municipalité)

**Province/État :** \_\_\_\_\_ **Code postal :** \_\_\_\_\_ **Pays :** \_\_\_\_\_

**Téléphone :** (maison) \_\_\_\_\_ (travail) \_\_\_\_\_ (cellulaire) \_\_\_\_\_ (télécopieur) \_\_\_\_\_

**Adresses de courriel :** (maison) \_\_\_\_\_

(travail) \_\_\_\_\_

### Numéros d'identification

NAS : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Numéro du permis de conduire : \_\_\_\_\_

Province du permis de conduire : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_ Province de l'assurance-maladie : \_\_\_\_\_

Numéro du passeport canadien : \_\_\_\_\_ Nom sur le passeport : \_\_\_\_\_

Date d'expiration : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale (É.-U.) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### Préférences

Ma langue de choix est :  le français  l'anglais

Veuillez me faire parvenir les documents :  par la poste  par télécopieur

### Paiements

Indiquez tous les paiements que vous avez versés directement à \_\_\_\_\_ (nom du bénéficiaire) depuis que l'ordonnance a été déposée le \_\_\_\_\_ (insérez la date : jour, mois, année). Joignez les reçus des paiements. Ajoutez une page si vous manquez d'espace.

_____	_____	_____	_____
Date du paiement	Montant du paiement	Date du paiement	Montant du paiement

_____	_____	_____	_____
Date du paiement	Montant du paiement	Date du paiement	Montant du paiement

_____	_____	_____	_____
Date du paiement	Montant du paiement	Date du paiement	Montant du paiement

### Sources de revenu

Occupez-vous un emploi ?  oui  non

Nom de votre employeur actuel : \_\_\_\_\_

Adresse de votre lieu de travail actuel : \_\_\_\_\_

Téléphone au travail : \_\_\_\_\_ Adresse du siège social de l'employeur : \_\_\_\_\_

Depuis combien de temps travaillez-vous pour cet employeur ? \_\_\_\_\_

Emploi habituel : \_\_\_\_\_

Syndicat local ou association professionnelle : \_\_\_\_\_

Nom, adresse et numéro de téléphone de l'administrateur du régime de pension si vous recevez une pension autre que le RPC ou la SV :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Employeurs précédents

(Inscrivez le nom de tous vos employeurs au cours des deux dernières années. Ajoutez une page si nécessaire.)

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Adresse du lieu de travail : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Du : \_\_\_\_\_ (date) au : \_\_\_\_\_ (date)

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Adresse du lieu de travail : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Du : \_\_\_\_\_ (date) au : \_\_\_\_\_ (date)

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Adresse du lieu de travail : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Du : \_\_\_\_\_ (date) au : \_\_\_\_\_ (date)

Êtes-vous travailleur autonome ?  oui  non Indiquez les sociétés dont vous êtes actionnaire unique :

Nom de la société : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom de la société : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**Autres renseignements pertinents**

Recevez-vous de l'aide au revenu ?  oui  non Si oui, veuillez indiquer le programme : \_\_\_\_\_

Nom de votre banque : \_\_\_\_\_ Numéro de compte : \_\_\_\_\_

Est-ce que votre ordonnance de soutien est **ACTUELLEMENT** exécutée par un service d'exécution du soutien familial ou des obligations alimentaires dans une autre province, un autre État ou un autre pays ?  oui  non

**Si oui :**

Nom du service : \_\_\_\_\_

Numéro du dossier du service : \_\_\_\_\_

Adresse du service (municipalité, province ou État, pays) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Est-ce que votre ordonnance de soutien était **PRÉCÉDEMMENT** exécutée par un service d'exécution du soutien familial ou des obligations alimentaires dans une autre province, un autre État ou un autre pays ?  oui  non

**Si oui :**

Nom du service : \_\_\_\_\_

Numéro du dossier du service : \_\_\_\_\_

Adresse du service (municipalité, province ou État, pays) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Je certifie que les renseignements que j'ai donnés dans la présente formule sont vrais et exacts à ma connaissance.**

Fait le \_\_\_\_\_ 20\_\_.

\_\_\_\_\_

*Signature*

\_\_\_\_\_

*Nom en lettres moulées*