



**NEW BRUNSWICK  
REGULATION 2023-59**

under the

**INTERJURISDICTIONAL SUPPORT  
ORDERS ACT  
(O.C. 2023-212)**

*Filed November 3, 2023*

**1** *The enacting clause of the French version of New Brunswick Regulation 2004-4 under the Interjurisdictional Support Orders Act is amended by striking out “ordonnances de soutien” and substituting “ordonnances alimentaires”.*

**2** *Section 1 of the French version of the Regulation is amended by striking out “ordonnances de soutien” and substituting “ordonnances alimentaires”.*

**3** *Section 2 of the Regulation is amended*

*(a) in the French version by repealing the definition « lignes directrices en matière de soutien pour enfants »;*

*(b) in the English version by repealing the definition “child support guidelines” and substituting the following:*

*“child support guidelines” means the Federal Guidelines as defined in the Child Support Guidelines Regulation – Family Law Act. (lignes directrices sur les aliments pour enfant)*

*(c) in the French version in the definition « Loi », by striking out “ordonnances de soutien” and substituting “ordonnances alimentaires”;*

**RÈGLEMENT DU  
NOUVEAU-BRUNSWICK 2023-59**

pris en vertu de la

**LOI SUR L'ÉTABLISSEMENT ET L'EXÉCUTION  
RÉCIPROQUE DES ORDONNANCES  
ALIMENTAIRES  
(D.C. 2023-212)**

*Déposé le 3 novembre 2023*

**1** *La formule d'édition de la version française du Règlement du Nouveau-Brunswick 2004-4 pris en vertu de la Loi sur l'établissement et l'exécution réciproque des ordonnances de soutien est modifiée par la suppression de « ordonnances de soutien » et son remplacement par « ordonnances alimentaires ».*

**2** *L'article 1 de la version française du Règlement est modifié par la suppression de « ordonnances de soutien » et son remplacement par « ordonnances alimentaires ».*

**3** *L'article 2 du Règlement est modifié*

*a) dans la version française, par l'abrogation de la définition de « lignes directrices en matière de soutien pour enfants »;*

*b) dans la version anglaise, par l'abrogation de la définition de “child support guidelines” et son remplacement par ce qui suit :*

*“child support guidelines” means the Federal Guidelines as defined in the Child Support Guidelines Regulation – Family Law Act. (lignes directrices sur les aliments pour enfant)*

*c) dans la version française, à la définition de « Loi », par la suppression de « ordonnances de sou-*

**(d) in the French version by adding the following definition in alphabetical order:**

« lignes directrices sur les aliments pour enfant » Les lignes directrices fédérales selon la définition que donne de ce terme le *Règlement établissant les lignes directrices sur les aliments pour enfant – Loi sur le droit de la famille. (child support guidelines)*

**4 The heading “Demande de soutien” preceding section 3 of the French version of the Regulation is amended by striking out “de soutien” and substituting “d’aliments”.**

**5 Section 3 of the Regulation is amended**

**(a) in subsection (1) by striking out “Form 1” and substituting “Form A.1”;**

**(b) by repealing subsection (2) and substituting the following:**

**3(2)** The following forms are prescribed for the purposes of paragraph 5(2)(e) of the Act:

- (a) Parentage – Form B;
- (b) Child Support Claim – Form C;
- (c) Request for Support Order (if Respondent does not provide financial information) – Form D;
- (d) Request for Child Support Different from Child Support Guidelines Table Amount – Form E;
- (e) Special or Extraordinary Expense Claim – Form F;
- (f) Request to Pay Child Support Different from Child Support Guidelines Table Amount – Form G;
- (g) Support for Claimant/Applicant – Form H;

**tien » et son remplacement par « ordonnances alimentaires »;**

**d) dans la version française, par l'adjonction de la définition qui suit selon l'ordre alphabétique :**

« lignes directrices sur les aliments pour enfant » Les lignes directrices fédérales selon la définition que donne de ce terme le *Règlement établissant les lignes directrices sur les aliments pour enfant – Loi sur le droit de la famille. (child support guidelines)*

**4 La rubrique « Demande de soutien » qui précède l'article 3 de la version française du Règlement est modifiée par la suppression de « de soutien » et son remplacement par « d'aliments ».**

**5 L'article 3 du Règlement est modifié**

**a) au paragraphe (1), par la suppression de « Une demande de soutien en vertu du » et de « Formule 1 » et leur remplacement par « La demande d'aliments prévue au » et « formule A.1 », respectivement;**

**b) par l'abrogation du paragraphe (2) et son remplacement par ce qui suit :**

**3(2)** Les formules suivantes sont prescrites aux fins d'application de l'alinéa 5(2)e) de la Loi :

- a) formule B – Filiation;
- b) formule C – Demande de pension alimentaire pour enfant;
- c) formule D – Demande de pension alimentaire (si le défendeur ne fournit pas de renseignements financiers);
- d) formule E – Demande de pension alimentaire pour enfant différente du montant prévu dans la table des lignes directrices;
- e) formule F – Demande de dépenses spéciales ou extraordinaires;
- f) formule G – Demande pour payer un montant de pension alimentaire pour enfant différent du montant prévu dans la table des lignes directrices;
- g) formule H – Pension alimentaire pour le demandeur / requérant;

- (h) Financial Information – Form I;
- (i) Child Status and Financial Statement – Form J; and
- (j) Additional Locate Information – Form M.

(c) *in subsection (3) by striking out “ordinarily resides” and substituting “habitually resides”.*

**6** *The heading “Demande de modification d’une ordonnance de soutien” preceding section 4 of the French version of the Regulation is amended by striking out “ordonnance de soutien” and substituting “ordonnance alimentaire”.*

**7** *Section 4 of the Regulation is amended*

(a) *in subsection (1) by striking out “Form 1” and substituting “Form A.2”;*

(b) *by repealing subsection (2) and substituting the following:*

**4(2)** The following forms are prescribed for the purposes of paragraph 23(2)(f) of the Act:

- (a) Parentage – Form B;
- (b) Child Support Claim – Form C;
- (c) Request for Support Order (if Respondent does not provide financial information) – Form D;
- (d) Request for Child Support Different from Child Support Guidelines Table Amount – Form E;
- (e) Special or Extraordinary Expense Claim – Form F;
- (f) Request to Pay Child Support Different from Child Support Guidelines Table Amount – Form G;
- (g) Support for Claimant/Applicant – Form H;

- h) formule I – Déclaration financière;
- i) formule J – Statut de l’enfant et déclaration financière;
- j) formule M – Renseignements supplémentaires servant à la recherche d’une personne.

c) *au paragraphe (3), par la suppression de « demande de soutien » et son remplacement par « demande d’aliments ».*

**6** *La rubrique « Demande de modification d’une ordonnance de soutien » qui précède l’article 4 de la version française du Règlement est modifiée par la suppression de « ordonnance de soutien » et son remplacement par « ordonnance alimentaire ».*

**7** *L’article 4 du Règlement est modifié*

a) *au paragraphe (1), par la suppression de « ordonnance de soutien » et de « Formule 1 » et leur remplacement par « ordonnance alimentaire » et « formule A.2 », respectivement;*

b) *par l’abrogation du paragraphe (2) et son remplacement par ce qui suit :*

**4(2)** Les formules suivantes sont prescrites aux fins d’application de l’alinéa 23(2)f) de la Loi :

- a) formule B – Filiation;
- b) formule C – Demande de pension alimentaire pour enfant;
- c) formule D – Demande de pension alimentaire (si le défendeur ne fournit pas de renseignements financiers);
- d) formule E – Demande de pension alimentaire pour enfant différente du montant prévu dans la table des lignes directrices;
- e) formule F – Demande de dépenses spéciales ou extraordinaires;
- f) formule G – Demande pour payer un montant de pension alimentaire pour enfant différent du montant prévu dans la table des lignes directrices;
- g) formule H – Pension alimentaire pour le demandeur / requérant;

- (h) Financial Information – Form I;
- (i) Child Status and Financial Statement – Form J;
- (j) Evidence to Support Variation of a Support Order – Form K; and
- (k) Additional Locate Information – Form M.
- (c) *in subsection (3) by striking out “ordinarily resides” and substituting “habitually resides”;*
- (d) *in subsection (4) of the French version by striking out “ordonnance de soutien” and substituting “ordonnance alimentaire”.*
- 8 Subsection 5(3) of the Regulation is repealed.**
- 9 Section 7 of the Regulation is amended**
- (a) *by repealing subsection (2);*
- (b) *in subsection (3),*
- (i) *in paragraph (a) by striking out “Respondent’s Answer to Application - Form 16” and substituting “Respondent’s Response to Application - Form L”;*
- (ii) *in paragraph (b) by striking out “Financial Statement - Form 11” and substituting “Financial Information - Form I”.*
- 10 Subsection 9(1) of the Regulation is repealed and the following is substituted:**
- 9(1) For the purposes of section 38 of the Act, a court administrator shall convert the amount of support into Canadian currency by using the rate of exchange that was applicable on the date the support order was registered.
- 11 Form 1 of the Regulation is repealed.**
- 12 Form 2 of the Regulation is repealed.**
- 13 Form 3 of the Regulation is repealed.**
- 14 Form 4 of the Regulation is repealed.**
- h) formule I – Déclaration financière;
- i) formule J – Statut de l’enfant et déclaration financière;
- j) formule K – Preuves à l’appui d’une demande de modification d’une ordonnance alimentaire;
- k) formule M – Renseignements supplémentaires servant à la recherche d’une personne.
- c) *au paragraphe (3), par la suppression de « ordonnance de soutien » et son remplacement par « ordonnance alimentaire »;*
- d) *au paragraphe (4) de la version française, par la suppression de « ordonnance de soutien » et son remplacement par « ordonnance alimentaire ».*
- 8 Le paragraphe 5(3) du Règlement est abrogé.**
- 9 L’article 7 du Règlement est modifié**
- a) *par l’abrogation du paragraphe (2);*
- b) *au paragraphe (3),*
- (i) *à l’alinéa a), par la suppression de « Réponse du défendeur à la demande - Formule 16 » et son remplacement par « formule L – Réponse du défendeur à la demande »;*
- (ii) *à l’alinéa b), par la suppression de « Déclaration financière - Formule 11 » et son remplacement par « formule I – Déclaration financière ».*
- 10 Le paragraphe 9(1) du Règlement est abrogé et remplacé par ce qui suit :**
- 9(1) Aux fins d’application de l’article 38 de la Loi, un administrateur de la cour fait la conversion du montant d’aliments en monnaie canadienne en utilisant le taux de change qui était applicable au jour où l’ordonnance alimentaire a été enregistrée.
- 11 La formule 1 du Règlement est abrogée.**
- 12 La formule 2 du Règlement est abrogée.**
- 13 La formule 3 du Règlement est abrogée.**
- 14 La formule 4 du Règlement est abrogée.**

- |    |   |    |   |
|----|---|----|---|
| 15 | <i>Form 5 of the Regulation is repealed.</i>                      | 15 | <i>La formule 5 du Règlement est abrogée.</i>                                 |
| 16 | <i>Form 6 of the Regulation is repealed.</i>                      | 16 | <i>La formule 6 du Règlement est abrogée.</i>                                 |
| 17 | <i>Form 7 of the Regulation is repealed.</i>                      | 17 | <i>La formule 7 du Règlement est abrogée.</i>                                 |
| 18 | <i>Form 8 of the Regulation is repealed.</i>                      | 18 | <i>La formule 8 du Règlement est abrogée.</i>                                 |
| 19 | <i>Form 9 of the Regulation is repealed.</i>                      | 19 | <i>La formule 9 du Règlement est abrogée.</i>                                 |
| 20 | <i>Form 10 of the Regulation is repealed.</i>                     | 20 | <i>La formule 10 du Règlement est abrogée.</i>                                |
| 21 | <i>Form 11 of the Regulation is repealed.</i>                     | 21 | <i>La formule 11 du Règlement est abrogée.</i>                                |
| 22 | <i>Form 12 of the Regulation is repealed.</i>                     | 22 | <i>La formule 12 du Règlement est abrogée.</i>                                |
| 23 | <i>Form 13 of the Regulation is repealed.</i>                     | 23 | <i>La formule 13 du Règlement est abrogée.</i>                                |
| 24 | <i>Form 14 of the Regulation is repealed.</i>                     | 24 | <i>La formule 14 du Règlement est abrogée.</i>                                |
| 25 | <i>Form 15 of the Regulation is repealed.</i>                     | 25 | <i>La formule 15 du Règlement est abrogée.</i>                                |
| 26 | <i>Form 16 of the Regulation is repealed.</i>                     | 26 | <i>La formule 16 du Règlement est abrogée.</i>                                |
| 27 | <i>The Regulation is amended by adding the attached Form A.1.</i> | 27 | <i>Le Règlement est modifié par l'adjonction de la formule A.1 ci-jointe.</i> |
| 28 | <i>The Regulation is amended by adding the attached Form A.2.</i> | 28 | <i>Le Règlement est modifié par l'adjonction de la formule A.2 ci-jointe.</i> |
| 29 | <i>The Regulation is amended by adding the attached Form B.</i>   | 29 | <i>Le Règlement est modifié par l'adjonction de la formule B ci-jointe.</i>   |
| 30 | <i>The Regulation is amended by adding the attached Form C.</i>   | 30 | <i>Le Règlement est modifié par l'adjonction de la formule C ci-jointe.</i>   |
| 31 | <i>The Regulation is amended by adding the attached Form D.</i>   | 31 | <i>Le Règlement est modifié par l'adjonction de la formule D ci-jointe.</i>   |
| 32 | <i>The Regulation is amended by adding the attached Form E.</i>   | 32 | <i>Le Règlement est modifié par l'adjonction de la formule E ci-jointe.</i>   |
| 33 | <i>The Regulation is amended by adding the attached Form F.</i>   | 33 | <i>Le Règlement est modifié par l'adjonction de la formule F ci-jointe.</i>   |
| 34 | <i>The Regulation is amended by adding the attached Form G.</i>   | 34 | <i>Le Règlement est modifié par l'adjonction de la formule G ci-jointe.</i>   |
| 35 | <i>The Regulation is amended by adding the attached Form H.</i>   | 35 | <i>Le Règlement est modifié par l'adjonction de la formule H ci-jointe.</i>   |
| 36 | <i>The Regulation is amended by adding the attached Form I.</i>   | 36 | <i>Le Règlement est modifié par l'adjonction de la formule I ci-jointe.</i>   |

**37** *The Regulation is amended by adding the attached Form J.*

**37** *Le Règlement est modifié par l'adjonction de la formule J ci-jointe.*

**38** *The Regulation is amended by adding the attached Form K.*

**38** *Le Règlement est modifié par l'adjonction de la formule K ci-jointe.*

**39** *The Regulation is amended by adding the attached Form L.*

**39** *Le Règlement est modifié par l'adjonction de la formule L ci-jointe.*

**40** *The Regulation is amended by adding the attached Form M.*

**40** *Le Règlement est modifié par l'adjonction de la formule M ci-jointe.*

**41** *This Regulation comes into force on December 1, 2023.*

**41** *Le présent règlement entre en vigueur le 1<sup>er</sup> décembre 2023.*

**SUPPORT APPLICATION  
UNDER THE INTERJURISDICTIONAL  
SUPPORT ORDERS (ISO) ACT**

**Form A.1**

*This application is made under the applicable Interjurisdictional Support Orders (ISO) Act.\**

Originating Jurisdiction	Receiving Jurisdiction
Court File #:	Court File #:
Court Location:	Court Location:
Designated Authority #:	Designated Authority #:

(For office use only)

**1. This is a SUPPORT APPLICATION between**

the **Claimant** (name of the person applying for the order):

\_\_\_\_\_  
 (First Name) (Middle Name) (Last Name)

and the **Respondent** (name of the person responding to this application):

\_\_\_\_\_  
 (First Name) (Middle Name) (Last Name)

I am the Claimant and I reside in \_\_\_\_\_  
 (Province/Territory/State/Country)

**2A. I ask the court for a SUPPORT ORDER that includes the following:**

- Child support: Total amount of \$ \_\_\_\_\_ **per month** or the appropriate amount according to the applicable child support guidelines, starting as of \_\_\_\_\_ (MM/DD/YYYY).

This total amount per month includes all amounts that I have claimed on Form D, which may include:

- the child support guidelines table amount;
- any amounts that are different from the child support guidelines table amount; and
- any monthly special or extraordinary expense amounts for all children named in this application.

The amounts for these claims are specified on Form D and other Forms I have attached, if applicable, and are based on the Respondent's income or imputed income of \$ \_\_\_\_\_ per year. I rely on Form D to support my claim for this amount if it is necessary to impute income.

- If a retroactive commencement date is requested, I have provided an explanation on Form C. (Forms C and D are required; Forms E, F, I and/or J may also be required.)
- If the parentage of the child(ren) is raised as an issue, a determination that the Respondent is the parent of the child(ren) named in this application. (Form B is required.)
- That the Respondent obtain and maintain medical and/or dental insurance coverage for the child(ren) and/or myself. (Form C is required.)
- Support for myself in the amount of \$ \_\_\_\_\_ per month starting as of \_\_\_\_\_ (MM/DD/YYYY). (Forms H and I are required.) (If a retroactive commencement date is requested, an explanation must be provided on Form H.)
  - I am the Respondent's child. I have attached all relevant forms (modified where necessary) to support my claim.
- Other (specify): \_\_\_\_\_

- Future periodic disclosure of financial information as appropriate.
- I ask that any order made and information provided in this application be provided to the relevant enforcement authority.

## 2B. Provincial Child Support Service

- As an alternative to a court hearing, I request to have the amount of child support calculated by a provincial child support service if a provincial child support service in the province where the respondent resides provides such a service, if there is a court order permitting the service (if required) and if the designated authority of that province determines that this application is suitable for that service.

## 3. Person applying for an order (the Claimant)

<b>NOTE:</b> Information contained in this application, including your contact information, will be included in the package provided to the Respondent and will form part of a court file that MAY BE available to the general public. If you are concerned about providing your own address, you may provide an alternative address where you can be contacted and where documents or correspondence may be sent to you. You must check the applicable box below.		
(First Name)	(Middle Name)	(Last Name)
(Street Address)		(City/Town)
(Province/Territory/State/Country)	(Postal Code/Zip Code)	(Daytime Telephone) (Cell Phone Number)
(Mailing Address, if different than street address)	(Fax Number)	(Email Address)
The above is:	<input type="checkbox"/> my own address <input type="checkbox"/> c/o my lawyer (Lawyer's name _____) <input type="checkbox"/> c/o another person (That person's name _____) <input type="checkbox"/> c/o agency to whom my rights have been assigned (Contact name _____)	
<b>As it may be necessary to contact you in the future, you are required to inform the Designated Authority of any address changes.</b>		

4.  I am entitled to claim support for the child(ren) named in this application as I am the parent, guardian, or other person with responsibility for the child(ren) and I believe the Respondent has an obligation to support the child(ren).
5. **Request to be notified and request to participate in hearings (the following checkboxes are optional).**
- I ask to be notified of all hearings arising from this application, if possible under the rules and procedures of the reciprocating jurisdiction.
- I ask to be given the opportunity to participate in all hearings arising from this application by way of telephone or other technology, if possible under the rules and procedures of the reciprocating jurisdiction.



**NOTE:** If you check this box, you must make yourself available to participate in all hearings.

**6. As a government or government agency may need to be informed of and/or participate in this application (if its laws allow it) please indicate as appropriate:**

- I am receiving or have received income or social assistance in the past.
- The Respondent is/may be receiving income or social assistance now or has in the past.

**7. Person responding to this application (the Respondent)**

(First Name)	(Middle Name)	(Last Name)	
(Street Address)		(City/Town)	
(Province/Territory/State/Country)	(Postal Code/Zip Code)	(Daytime Telephone)	(Cell Phone Number)
(Mailing Address, if different than street address)		(Fax Number)	(Email Address)

**NOTE: Additional Locate Information (Form M) is also required.**

**8. Child(ren) (only those children who are the subject of this application)**

	Name (First Middle Last)	Province/Territory/State/Country (of residence - last 6 months)	Date of Birth (MM/DD/YYYY)
1.			
2.			
3.			
4.			

Additional page(s) attached

**9. Information about previous court orders, agreements or related proceedings (check all that apply)**

- I have a Maintenance Enforcement file in: \_\_\_\_\_ (prov/terr/state/country).  
File # \_\_\_\_\_
- There are no court orders or agreements involving the Respondent, the child(ren) and me.
- There are court order(s) involving the Respondent, the child(ren) and me.  
**A copy of each order is attached.**
- There is a written agreement involving the Respondent, the child(ren) and me.  
**A copy of the agreement, and any changes to it, is attached.**
- There is no Divorce action in process.
- There is a Divorce action in process. It does not include a claim for support.
- A Divorce Order has been made. There is no support order or undecided support claim under the *Divorce Act*.  
**A copy of this Order, and any changes to it, is attached.**

**10. The following documents are attached to and form part of the evidence in this application:**

- |  |        |
|--|--------|
| <input type="checkbox"/> Parentage   | Form B |
| <input type="checkbox"/> Child Support Claim   | Form C |
| <input type="checkbox"/> Request for Support Order (if Respondent does not provide financial information)                                  | Form D |
| <input type="checkbox"/> Request for Child Support Different from Child Support Guidelines Table Amount                                    | Form E |
| <input type="checkbox"/> Special or Extraordinary Expense Claim  | Form F |
| <input type="checkbox"/> Request to Pay Child Support Different from Child Support Guidelines Table Amount                                 | Form G |
| <input type="checkbox"/> Support for Claimant/Applicant  | Form H |
| <input type="checkbox"/> Financial Information   | Form I |
| <input type="checkbox"/> Child Status and Financial Statement  | Form J |
| <input type="checkbox"/> Evidence to Support Variation of a Support Order  | Form K |
| <input type="checkbox"/> All Support Orders or Written Agreements between the parties or relating to any child for whom support is claimed |        |
| <input type="checkbox"/> Documents required by the jurisdiction hearing this application:  |        |

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Additional page(s) attached

Other:

\_\_\_\_\_

Other:

\_\_\_\_\_

**11. Jurat**

I, \_\_\_\_\_ swear/affirm that the information and facts contained in this application, including the attached forms, are true. I am making this application in good faith.

SWORN/AFFIRMED BEFORE ME

At the Municipality/City/Town of \_\_\_\_\_

In the Province/Territory/State/Country of \_\_\_\_\_

On \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notary Public or other authorized individual

\_\_\_\_\_  
Claimant Signature

\_\_\_\_\_  
Print Name and Title of the authority under which this oath was administered.  
(For example, Commissioner of Oaths. Use Stamp or Seal, if applicable.)

\_\_\_\_\_  
Commission Expiry Date (MM/DD/YYYY) (If applicable)

**12. Legal Authority: The applicable law rules in effect in the province, territory, state or country where the Respondent resides will determine what family support law will be applied to decide this application.**

\* In Canada: *Interjurisdictional Support Orders Act*, S.A. 2002, c. I-3.5. (AB); *Interjurisdictional Support Orders Act*, S.B.C. 2002, c. 29 (BC); *Inter-jurisdictional Support Orders Act*, S.S. 2002, c. I-10.03(SK); *The Inter-jurisdictional Support Orders Act*, C.C.S.M., c. I60

(MB); *Inter-jurisdictional Support Orders Act*, 2002, S.O. 2002, c. 13 (ON); *Interjurisdictional Support Orders Act*, R.S.N.B. 2016, c. 102 (NB); *Interjurisdictional Support Orders Act*, S.N.S. 2002, c. 9 (NS); *Interjurisdictional Support Orders Act*, R.S.P.E.I. 1988, c. 1-4.2 (PEI); *Interjurisdictional Support Orders Act*, S.N.L. 2002, c. I-19.2 (NL); *Interjurisdictional Support Orders Act*, S.N.W.T. 2002, c. 19 (NT); *Interjurisdictional Support Orders Act*, S.Y. 2001, c. 19 (Yukon); *Interjurisdictional Support Orders Act*, S.Nu. 2002, c.26 (NU)

2023-59

**DEMANDE DE PENSION ALIMENTAIRE EN  
VERTU DE LA LOI SUR L'ÉTABLISSEMENT  
ET L'EXÉCUTION RÉCIPROQUE DES  
ORDONNANCES ALIMENTAIRES (ÉÉROA)**

**Formule A.1**

*Cette demande est présentée en vertu de la loi applicable en matière d'établissement et d'exécution réciproque des ordonnances alimentaires. \**

Prov. / terr. / État / pays introductif d'instance	Prov. / terr. / État / pays destinataire
Numéro de dossier du tribunal :	Numéro de dossier du tribunal :
Emplacement du tribunal :	Emplacement du tribunal :
Numéro de l'autorité désignée :	Numéro de l'autorité désignée :

(Réservé à l'administration)

**1. La présente DEMANDE DE PENSION ALIMENTAIRE est présentée**

**par**

\_\_\_\_\_, **le demandeur**  
(Prénom) (Deuxième prénom) (Nom de famille)

**contre**

\_\_\_\_\_, **le défendeur**  
(Prénom) (Deuxième prénom) (Nom de famille)

Moi, le demandeur, je réside en / au / à / dans les \_\_\_\_\_.  
(Province / territoire / État / pays)

**2A. Je demande au tribunal de rendre une ORDONNANCE ALIMENTAIRE prévoyant ce qui suit :**

- Une pension alimentaire pour enfant d'un montant global de \_\_\_\_\_ \$ **par mois** ou le montant approprié selon les lignes directrices sur les aliments pour enfant applicables, à compter du \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj).

Ce montant global par mois, qui comprend tous les montants que j'ai demandés dans la formule D, peut inclure :

- le montant figurant dans la table des lignes directrices sur les aliments pour enfant;
- tout montant qui diffère de ce montant;
- tout montant mensuel supplémentaire pour dépenses spéciales ou extraordinaires pour le ou les enfants nommés dans la présente demande.

Les montants pour ces réclamations sont précisés dans la formule D et dans les autres formules que j'ai jointes à la présente, s'il y a lieu. Ils se fondent sur le revenu ou le revenu attribué du défendeur, qui est de \_\_\_\_\_ \$ par année. Le montant global réclamé est fondé sur les renseignements fournis dans la formule D, s'il est nécessaire d'attribuer un revenu au défendeur.

- S'il s'agit d'une date de début antérieure à la demande, une explication est fournie dans la formule C. (Les formules C et D sont exigées; les formules E, F, I ou J pourraient aussi l'être.)
- Si la filiation est en litige, une déclaration selon laquelle le défendeur est le parent du ou des enfants nommés dans la présente demande. (La formule B est exigée.)
- L'obligation que le défendeur souscrive et maintienne en vigueur une assurance médicale et / ou dentaire au profit des enfants ou pour moi. (La formule C est exigée.)

- Une pension alimentaire pour moi de \_\_\_\_\_ \$ par mois à compter du \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj). (Les formules H et I sont exigées.) (S'il s'agit d'une date antérieure à la demande, il faut en expliquer la raison dans la formule H.)
- Je suis l'enfant du défendeur. J'ai joint toutes les formules pertinentes (modifiées au besoin) à l'appui de ma demande.
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- La communication périodique des renseignements financiers, s'il y a lieu.
- La communication de toutes ordonnances rendues et des renseignements fournis dans la présente demande à l'autorité compétente chargée de l'exécution.

## 2B. Service provincial des aliments pour enfant

- Je demande que le montant de pension alimentaire pour enfant soit calculé non pas dans le cadre d'une audience judiciaire mais par un service provincial des aliments pour enfant si un tel service est offert par la province de résidence du défendeur; s'il existe une ordonnance autorisant le recours à ce service (au besoin); et si l'autorité désignée de cette province détermine qu'un tel service est approprié dans ce cas.

## 3. Personne qui présente la demande d'ordonnance (le demandeur)

**REMARQUE :** Tous les renseignements contenus dans cette demande, y compris vos coordonnées, seront inclus dans la trousse qui sera envoyée au défendeur et se retrouveront dans le dossier du tribunal, auquel le grand public PEUT avoir accès. Si le fait de fournir votre propre adresse vous préoccupe, vous pouvez en fournir une autre à laquelle il est possible de communiquer avec vous et de vous faire parvenir des documents supplémentaires, notamment de correspondance. Veuillez cocher la case appropriée ci-dessous.

(Prénom) (Deuxième prénom) (Nom de famille)

(Adresse de voirie) (Ville)

(Province / territoire / État / pays) (Code postal / code Zip) (Téléphone de jour) (Téléphone cellulaire)

(Adresse postale, si différente de l'adresse de voirie) (Télécopieur) (Courriel)

J'ai fourni :

- ma propre adresse
- celle de mon avocat  
(nom de l'avocat : \_\_\_\_\_)
- celle d'une autre personne  
(nom de la personne : \_\_\_\_\_)
- celle de l'organisme auquel mes droits ont été cédés  
(personne-ressource : \_\_\_\_\_)

**Comme il pourrait être nécessaire de communiquer avec vous ultérieurement, vous devez informer l'autorité désignée de tout changement d'adresse.**

4.  **J'ai le droit de demander une pension alimentaire pour le ou les enfants nommés dans la présente demande, car je suis leur parent ou leur tuteur ou car j'en ai la responsabilité pour une autre raison quelconque et je crois que le défendeur a l'obligation de subvenir à leurs besoins.**

5. **Demande d'avis d'audience et demande d'invitation à participer aux audiences (facultatif).**

Je demande qu'on m'avise de toutes les audiences qui feront suite à la présente demande, si les règles et les procédures de l'État pratiquant la réciprocité l'autorisent.

Je demande qu'on m'invite à assister par conférence téléphonique ou par une autre technologie à toutes les audiences qui feront suite à la présente demande, si les règles et les procédures de l'État pratiquant la réciprocité l'autorisent.

**REMARQUE :** Si vous cochez cette case, vous devez vous rendre disponible pour participer à toutes les audiences.

6. **Un ministère ou un organisme gouvernemental pourrait exiger d'être informé de la présente demande ou d'y prendre part (si les règles de droit applicables le permettent). Veuillez donc cocher la case appropriée :**

Je reçois de l'aide au revenu ou de l'aide sociale, ou j'en ai déjà reçu.

Le défendeur reçoit de l'aide au revenu ou de l'aide sociale, en reçoit peut-être ou en a déjà reçu.

7. **Personne contre qui l'ordonnance est demandée (le défendeur)**

(Prénom)	(Deuxième prénom)	(Nom de famille)	
(Adresse de voirie)		(Ville)	
(Province / territoire / État / pays)	(Code postal / Code Zip)	(Téléphone de jour)	(Téléphone cellulaire)
(Adresse postale, si différente de l'adresse de voirie)		(Télécopieur)	(Courriel)

**REMARQUE :** La demande de renseignements supplémentaires servant à la recherche d'une personne (formule M) est également exigée.

8. **Enfant(s) visés par la présente demande**

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)	Province / territoire / État / pays de résidence au cours des 6 derniers mois	Date de naissance (aaaa/mm/jj)
1.		
2.		
3.		
4.		

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

9. **Renseignements au sujet d'ordonnances, d'accords ou de procédures judiciaires connexes antérieurs (cochez toutes les cases qui s'appliquent.)**

- J'ai un dossier auprès d'un programme d'exécution des ordonnances alimentaires en / au / à / dans les (prov. / terr. / État / pays) : \_\_\_\_\_ . Numéro de dossier : \_\_\_\_\_
- Il n'existe actuellement aucune ordonnance ni aucun accord visant le défendeur, le ou les enfants et moi.
- Il existe actuellement une ou des ordonnances visant le défendeur, le ou les enfants et moi.  
**Je joins une copie de chaque ordonnance à la présente demande.**
- Il existe un accord écrit visant le défendeur, le ou les enfants et moi.  
**Je joins une copie de l'accord et, le cas échéant, des modifications qui y ont été apportées à la présente demande.**
- Il n'y a pas d'action en divorce en cours.
- Une action en divorce est en cours. Elle ne comporte pas de demande de pension alimentaire.
- Un jugement de divorce a été rendu. Il ne contient pas d'ordonnance alimentaire, ou aucune décision n'a été prise relativement à une demande d'aliments en vertu de la *Loi sur le divorce*.  
**Je joins une copie du jugement et, le cas échéant, des modifications qui y ont été apportées à la présente demande.**

**10. Les documents ci-dessous sont joints à la présente demande et font partie des éléments de preuve présentés à son appui.**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Filiation   | Formule B   |
| <input type="checkbox"/> Demande de pension alimentaire pour enfant  | Formule C   |
| <input type="checkbox"/> Demande de pension alimentaire (si le défendeur ne fournit pas de renseignements financiers)  | Formule D   |
| <input type="checkbox"/> Demande de pension alimentaire pour enfant différente du montant prévu dans la table des lignes directrices   | Formule E   |
| <input type="checkbox"/> Demande de dépenses spéciales ou extraordinaires  | Formule F   |
| <input type="checkbox"/> Demande pour payer un montant de pension alimentaire pour enfant différent du montant prévu dans la table des lignes directrices                                | Formule G   |
| <input type="checkbox"/> Pension alimentaire pour le demandeur / requérant   | Formule H   |
| <input type="checkbox"/> Déclaration financière  | Formule I   |
| <input type="checkbox"/> Statut de l'enfant et déclaration financière  | Formule J   |
| <input type="checkbox"/> Preuves à l'appui d'une demande de modification d'une ordonnance alimentaire  | Formule K   |
| <input type="checkbox"/> Toutes les ordonnances alimentaires ou les accords écrits conclus entre les parties ou visant tout enfant à l'égard duquel une pension alimentaire est demandée |   |
| <input type="checkbox"/> Documents exigés par la province, le territoire, l'État ou le pays où la présente demande sera entendue :   |   |
| _____  |   |
|  | <input type="checkbox"/> Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s) |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____   |   |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____   |   |

**11. Constat d'assermentation**

Moi, \_\_\_\_\_, soussigné(e), je déclare sous serment ou affirme solennellement que les renseignements et les faits contenus dans la présente demande, y compris dans les formules qui y sont jointes, sont véridiques. Je présente ma demande de bonne foi.

**FAIT SOUS SERMENT OU PAR AFFIRMATION SOLENNELLE DEVANT MOI**

Dans la ville / municipalité de \_\_\_\_\_

Dans la province / le territoire / l'État / le pays de / du / de l' \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notaire ou autre personne autorisée

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur

\_\_\_\_\_  
Nom et titre, en lettres moulées, de la personne autorisée devant qui le serment a été fait (p. ex. : commissaire à l'assermentation. Utiliser l'estampille ou le sceau, s'il y a lieu.)

\_\_\_\_\_  
Date d'expiration de la commission (aaaa/mm/jj), s'il y a lieu

**12. Loi applicable : Les règles de droit applicables dans la province, le territoire, l'État ou le pays où réside le défendeur détermineront quelle loi en matière de pensions alimentaires s'appliquera dans la prise de décision relativement à la présente demande.**

\*Au Canada : *Interjurisdictional Support Orders Act*, S.A. 2002, c. I-3.5 (Alberta); *Interjurisdictional Support Orders Act*, S.B.C. 2002, c. 29 (Colombie-Britannique); *Inter-jurisdictional Support Orders Act*, S.S. 2002, c. I-10.03 (Saskatchewan); *Loi sur l'établissement et l'exécution réciproque des ordonnances alimentaires*, c. 160 de la C.P.L.M. (Manitoba); *Loi de 2002 sur les ordonnances alimentaires d'exécution réciproque*, L.O. 2002, chap. 13 (Ontario); *Loi sur l'établissement et l'exécution réciproque des ordonnances alimentaires*, L.N.-B. 2016, ch. 102 (Nouveau-Brunswick); *Interjurisdictional Support Orders Act*, S.N.S. 2002, c. 9 (Nouvelle-Écosse); *Interjurisdictional Support Orders Act*, R.S.P.E.I. 1988, Cap. I-4.2 (Île-du-Prince-Édouard); *Interjurisdictional Support Orders Act*, S.N.L. 2002, c. I-19.2 (Terre-Neuve et-Labrador); *Loi sur l'établissement et l'exécution réciproque des ordonnances alimentaires*, L.T.N.-O. 2002, ch. 19 (Territoires du Nord-Ouest); *Loi sur l'établissement et l'exécution réciproque des ordonnances alimentaires*, L.Y. 2001, ch. 19 (Yukon); *Loi sur l'exécution réciproque des ordonnances alimentaires*, L.Nun. 2002, ch. 26 (Nunavut)



**SUPPORT VARIATION APPLICATION  
UNDER THE INTERJURISDICTIONAL  
SUPPORT ORDERS (ISO) ACT**

**Form A.2**

*This application is made under the applicable Interjurisdictional Support Orders (ISO) Act.\**

Originating Jurisdiction	Receiving Jurisdiction
Court File #:	Court File #:
Court Location:	Court Location:
Designated Authority #:	Designated Authority #:

(For office use only)

**1. This is a SUPPORT VARIATION APPLICATION between**

the **Applicant** (name of the person applying for the order):

\_\_\_\_\_

(First Name) (Middle Name) (Last Name)

and the **Respondent** (name of the person responding to this application):

\_\_\_\_\_

(First Name) (Middle Name) (Last Name)

I am the Applicant and I reside in \_\_\_\_\_  
(Province/Territory/State/Country)

**2A. I ask the court for a SUPPORT VARIATION ORDER including the following:**

- A change or variation in the total amount of support in the current support order or agreement from \$\_\_\_\_\_ per month to \$\_\_\_\_\_ per month.  
(Form K is required. Additional forms may also be required, depending on the reason for this application.)
- A change in the amount of unpaid support arrears owing under the current support order(s) or agreement(s), and that the arrears be “fixed” or set at \$\_\_\_\_\_ as of \_\_\_\_\_ (MM/DD/YYYY).  
(Forms I and K are required. Additional forms may also be required, depending on the reason for this application.)
- The change or variation of this order to be effective as of \_\_\_\_\_ (MM/DD/YYYY).  
(If a retroactive commencement date is requested, an explanation must be provided on Form K.)
- The termination of the obligation to pay support for \_\_\_\_\_ (name),  
as of \_\_\_\_\_ (MM/DD/YYYY). (Form K is required. Other forms may also be required.)
- Other (specify): \_\_\_\_\_
- Future periodic disclosure of financial information as appropriate.
- I ask that any order made and information provided in this application be provided to the relevant enforcement authority.

**2B. Provincial Child Support Service**

- As an alternative to a court hearing, I request to have the amount of child support recalculated by a provincial child support service if a provincial child support service in the province where the respondent resides provides such a service, if there is a court order permitting the service (if required) and if the designated authority of that province determines that this application is suitable for that service.

**3. Person applying for an order (the Applicant)**

<b>NOTE:</b> Information contained in this application, including your contact information, will be included in the package provided to the Respondent and will form part of a court file that MAY BE available to the general public. If you are concerned about providing your own address, you may provide an alternative address where you can be contacted and where documents or correspondence may be sent to you. You must check the applicable box below.		
(First Name)	(Middle Name)	(Last Name)
(Street Address)		(City/Town)
(Province/Territory/State/Country)	(Postal Code/Zip Code)	(Daytime Telephone) (Cell Phone Number)
(Mailing Address, if different than street address)	(Fax Number)	(Email Address)
The above is:	<input type="radio"/> my own address <input type="radio"/> c/o my lawyer (Lawyer's name _____) <input type="radio"/> c/o another person (That person's name _____) <input type="radio"/> c/o agency to whom my rights have been assigned (Contact name _____)	
<b>As it may be necessary to contact you in the future, you are required to inform the Designated Authority of any address changes.</b>		

**4. Request to be notified and request to participate in hearings (the following checkboxes are optional).**

- I ask to be notified of all hearings arising from this application, if possible under the rules and procedures of the reciprocating jurisdiction.
- I ask to be given the opportunity to participate in all hearings arising from this application by way of telephone or other technology, if possible under the rules and procedures of the reciprocating jurisdiction.

**NOTE:** If you check this box, you must make yourself available to participate in all hearings.

**5. As a government or government agency may need to be informed of and/or participate in this application (if its laws allow it) please indicate as appropriate:**

- I am receiving or have received income or social assistance in the past.
- The Respondent is/may be receiving income or social assistance now or has in the past.

**6. Person responding to this application (the Respondent)**

(First Name)	(Middle Name)	(Last Name)	
(Street Address)		(City/Town)	
(Province/Territory/State/Country)	(Postal Code/Zip Code)	(Daytime Telephone)	(Cell Phone Number)
(Mailing Address, if different than street address)		(Fax Number)	(Email Address)

**NOTE: Additional Locate Information (Form M) is also required.**

**7. Child(ren) (only those children who are the subject of this application)**

	Name (First Middle Last)	Province/Territory/State/Country (of residence - last 6 months)	Date of Birth (MM/DD/YYYY)
1.			
2.			
3.			
4.			

Additional page(s) attached

**8. Information about previous court orders, agreements or related proceedings (check all that apply)**

- I have a Maintenance Enforcement file in: \_\_\_\_\_ (prov/terr/state/country).  
File # \_\_\_\_\_
- There are court order(s) involving the Respondent, the child(ren) and me.  
**A copy of each order is attached (include any orders that specify or determine arrears).**
- There is a written agreement involving the Respondent, the child(ren) and me.
- The agreement is not registered with the court.
- The agreement was registered with the court on \_\_\_\_\_ (MM/DD/YYYY).  
**A copy of the agreement, and any changes to it, is attached.**
- There is no Divorce action in process.
- There is a Divorce action in process. It does not include a claim for support.
- A Divorce Order has been made. There is no support order or undecided support claim under the *Divorce Act*.  
**A copy of this Order, and any changes to it, is attached.**

**9. The following documents are attached to and form part of the evidence in this application:**

- Child Support Claim Form C
- Request for Support Order (if Respondent does not provide financial information) Form D
- Request for Child Support Different from Child Support Guidelines Table Amount Form E
- Special or Extraordinary Expense Claim Form F
- Request to Pay Child Support Different from Child Support Guidelines Table Amount Form G
- Support for Claimant/Applicant Form H
- Financial Information Form I
- Child Status and Financial Statement Form J
- Evidence to Support Variation of a Support Order Form K
- All Support Orders or Written Agreements between the parties or relating to any child for whom support is claimed
- Documents required by the jurisdiction hearing this application: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Additional page(s) attached
- Other: \_\_\_\_\_
- Other: \_\_\_\_\_

**10. Jurat**

I, \_\_\_\_\_ swear/affirm that the information and facts contained in this application, including the attached forms, are true. I am making this application in good faith.

SWORN/AFFIRMED BEFORE ME

At the Municipality/City/Town of \_\_\_\_\_

In the Province/Territory/State/Country of \_\_\_\_\_

On \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notary Public or other authorized individual

\_\_\_\_\_  
Applicant Signature

\_\_\_\_\_  
Print Name and Title of the authority under which this oath was administered.  
(For example, Commissioner of Oaths. Use Stamp or Seal, if applicable.)

\_\_\_\_\_  
Commission Expiry Date (MM/DD/YYYY) (If applicable)

**11. Legal Authority: The applicable law rules in effect in the province, territory or country where the Respondent resides will determine what family support law will be applied to decide this application.**

\*In Canada: *Interjurisdictional Support Orders Act*, S.A. 2002, c. I-3.5. (AB); *Interjurisdictional Support Orders Act*, S.B.C. 2002, c. 29 (BC); *Inter-jurisdictional Support Orders Act*, S.S. 2002, c. I-10.03 (SK); *The Inter-jurisdictional Support Orders Act*, C.C.S.M., c. I60 (MB); *Inter-jurisdictional Support Orders Act*, 2002, S.O. 2002, c. 13 (ON); *Interjurisdictional Support Orders Act*, R.S.N.B. 2016, c. 102 (NB); *Interjurisdictional Support Orders Act*, S.N.S. 2002, c. 9 (NS); *Interjurisdictional Support Orders Act*, R.S.P.E.I. 1988, c. I-4.2 (PEI); *Interjurisdictional Support Orders Act*, S.N.L. 2002, c. I-19.2 (NL); *Interjurisdictional Support Orders Act*, S.N.W.T. 2002, c. 19 (NT); *Interjurisdictional Support Orders Act*, S.Y. 2001, c. 19 (Yukon); *Interjurisdictional Support Orders Act*, S.Nu. 2002, c.26 (NU)

**DEMANDE DE MODIFICATION D'UNE  
ORDONNANCE ALIMENTAIRE EN VERTU  
DE LA LOI SUR L'ÉTABLISSEMENT ET  
L'EXÉCUTION RÉCIPROQUE DES  
ORDONNANCES ALIMENTAIRES (ÉEROA)**

**Formule A.2**

*Cette demande est présentée en vertu de la loi applicable en matière d'établissement et d'exécution réciproque des ordonnances alimentaires. \**

Prov. / terr. / État / pays introductif d'instance	Prov. / terr. / État / pays destinataire
Numéro de dossier du tribunal :	Numéro de dossier du tribunal :
Emplacement du tribunal :	Emplacement du tribunal :
Numéro de l'autorité désignée :	Numéro de l'autorité désignée :

(Réservé à l'administration)

**1. La présente DEMANDE DE MODIFICATION D'UNE ORDONNANCE ALIMENTAIRE est présentée**

**par**

\_\_\_\_\_, **le requérant**  
(Prénom) (Deuxième prénom) (Nom de famille)

**contre**

\_\_\_\_\_, **le défendeur**  
(Prénom) (Deuxième prénom) (Nom de famille)

Moi, le requérant, je réside en / au / à / dans les \_\_\_\_\_.  
(Province / territoire / État / pays)

**2A. Je demande au tribunal de rendre une ORDONNANCE MODIFICATIVE prévoyant ce qui suit :**

- La modification du montant global de la pension alimentaire exigible en vertu de l'ordonnance ou de l'accord actuellement en vigueur ( \_\_\_\_\_ \$) par mois pour l'établir à \_\_\_\_\_ \$ par mois. (La formule K est exigée. D'autres formules pourraient aussi l'être, selon les motifs de la présente demande.)
- La modification du montant d'arriérés de la pension alimentaire exigibles en vertu de l'ordonnance ou de l'accord actuellement en vigueur, pour l'établir à \_\_\_\_\_ \$ à compter du \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj). (Les formules I et K sont exigées. D'autres formules pourraient aussi l'être, selon les motifs de la présente demande.)
- La modification de l'ordonnance en vigueur à compter du \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj). (Si la date de début est antérieure à la demande, il faut en expliquer la raison dans la formule K.)
- L'annulation, à compter du \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj), de l'obligation de payer une pension alimentaire au profit de \_\_\_\_\_ (nom de la personne visée). (La formule K est exigée. D'autres formules pourraient aussi l'être.)
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- La communication périodique des renseignements financiers, s'il y a lieu.

- La communication de toutes ordonnances rendues et des renseignements fournis dans la présente demande à l'autorité compétente chargée de l'exécution.

## 2B. Service provincial des aliments pour enfant

- Je demande que le montant de pension alimentaire pour enfant soit recalculé non pas dans le cadre d'une audience judiciaire mais par un service provincial des aliments pour enfant si un tel service est offert par la province de résidence du défendeur; s'il existe une ordonnance autorisant le recours à ce service (au besoin); et si l'autorité désignée de cette province détermine qu'un tel service est approprié dans ce cas.

## 3. Personne qui présente la demande d'ordonnance (le requérant)

<b>REMARQUE :</b> Tous les renseignements contenus dans cette demande, y compris vos coordonnées, seront inclus dans la trousse qui sera envoyée au défendeur et se retrouveront dans le dossier du tribunal, auquel le grand public PEUT avoir accès. Si le fait de fournir votre propre adresse vous préoccupe, vous pouvez en fournir une autre à laquelle il est possible de communiquer avec vous et de vous faire parvenir des documents supplémentaires, notamment de correspondance. Veuillez cocher la case appropriée ci-dessous.			
(Prénom)	(Deuxième prénom)	(Nom de famille)	
(Adresse de voirie)		(Ville)	
(Province / territoire/ État / pays)	(Code postal / code Zip)	(Téléphone de jour)	(Téléphone cellulaire)
(Adresse postale, si différente de l'adresse de voirie)		(Télécopieur)	(Courriel)
J'ai fourni :			
<input type="checkbox"/> ma propre adresse <input type="checkbox"/> celle de mon avocat (nom de l'avocat : _____) <input type="checkbox"/> celle d'une autre personne (nom de la personne : _____) <input type="checkbox"/> celle de l'organisme auquel mes droit ont été cédés (personne-ressource : _____)			
<b>Comme il pourrait être nécessaire de communiquer avec vous ultérieurement, vous devez informer l'autorité désignée de tout changement d'adresse.</b>			

## 4. Demande d'avis d'audience et demande d'invitation à participer aux audiences (facultatif).

- Je demande qu'on m'avise de toutes les audiences qui feront suite à la présente demande, si les règles et les procédures de l'État pratiquant la réciprocité l'autorisent.
- Je demande qu'on m'invite à assister par conférence téléphonique ou par une autre technologie à toutes les audiences qui feront suite à la présente demande, si les règles et les procédures de l'État pratiquant la réciprocité l'autorisent.

**REMARQUE :** Si vous cochez cette case, vous devez vous rendre disponible pour participer à toutes les audiences.

**5. Un ministère ou un organisme gouvernemental pourrait exiger d'être informé de la présente demande ou d'y prendre part (si les règles de droit applicables le permettent). Veuillez donc cocher la case appropriée :**

- Je reçois de l'aide au revenu ou de l'aide sociale, ou j'en ai déjà reçu.
- Le défendeur reçoit de l'aide au revenu ou de l'aide sociale, en reçoit peut-être ou en a déjà reçu.

**6. Personne contre qui l'ordonnance est demandée (le défendeur)**

(Prénom)	(Deuxième prénom)	(Nom de famille)	
(Adresse de voirie)		(Ville)	
(Province / territoire / État / pays)	(Code postal / Code Zip)	(Téléphone de jour)	(Téléphone cellulaire)
(Adresse postale, si différente de l'adresse de voirie)		(Télécopieur)	(Courriel)

**REMARQUE :** La demande de renseignements supplémentaires servant à la recherche d'une personne (formule M) est également exigée.

**7. Enfant(s) visés par la présente demande**

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)	Province / territoire / État / pays de résidence au cours des 6 derniers mois	Date de naissance (aaaa/mm/jj)
1.		
2.		
3.		
4.		

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

**8. Renseignements au sujet d'ordonnances, d'accords ou de procédures judiciaires connexes antérieurs (cochez toutes les cases qui s'appliquent.)**

- J'ai un dossier auprès d'un programme d'exécution des ordonnances alimentaires en / au / à / dans les (prov. / terr. / État / pays) : \_\_\_\_\_. Numéro de dossier : \_\_\_\_\_
- Il existe actuellement une ou des ordonnances visant le défendeur, le ou les enfants et moi.  
**Je joins une copie de chaque ordonnance à la présente demande. (Joignez toute ordonnance qui précise ou qui établit les arriérés.)**
- Il existe un accord écrit visant le défendeur, le ou les enfants et moi.
- L'accord n'est pas enregistré auprès du tribunal.
- L'accord a été enregistré auprès du tribunal le \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj).

**Je joins une copie de l'accord et, le cas échéant, des modifications qui y ont été apportées à la présente demande.**

- Il n'y a pas d'action en divorce en cours.
- Une action en divorce est en cours. Elle ne comporte pas de demande de pension alimentaire.
- Un jugement de divorce a été rendu. Il ne contient pas d'ordonnance alimentaire, ou aucune décision n'a été prise relativement à une demande d'aliments en vertu de la *Loi sur le divorce*.

**Je joins une copie du jugement et, le cas échéant, des modifications qui y ont été apportées à la présente demande.**

**9. Les documents ci-dessous sont joints à la présente demande et font partie des éléments de preuve présentés à son appui :**

- |  |           |
|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Demande de pension alimentaire pour enfant  | Formule C |
| <input type="checkbox"/> Demande de pension alimentaire (si le défendeur ne fournit pas de renseignements financiers)  | Formule D |
| <input type="checkbox"/> Demande de pension alimentaire pour enfant différente du montant prévu dans la table des lignes directrices   | Formule E |
| <input type="checkbox"/> Demande de dépenses spéciales ou extraordinaires  | Formule F |
| <input type="checkbox"/> Demande pour payer un montant de pension alimentaire pour enfant différent du montant prévu dans la table des lignes directrices                                | Formule G |
| <input type="checkbox"/> Pension alimentaire pour le demandeur / requérant   | Formule H |
| <input type="checkbox"/> Déclaration financière  | Formule I |
| <input type="checkbox"/> Statut de l'enfant et déclaration financière  | Formule J |
| <input type="checkbox"/> Preuves à l'appui d'une demande de modification d'une ordonnance alimentaire  | Formule K |
| <input type="checkbox"/> Toutes les ordonnances alimentaires ou les accords écrits conclus entre les parties ou visant tout enfant à l'égard duquel une pension alimentaire est demandée |           |
| <input type="checkbox"/> Documents exigés par la province, le territoire, l'État ou le pays où la présente demande sera entendue :   |           |
- Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)
- Autre : \_\_\_\_\_
- Autre : \_\_\_\_\_

**10. Constat d'assermentation**

Moi, \_\_\_\_\_, soussigné(e), je déclare sous serment ou affirme solennellement que les renseignements et les faits contenus dans la présente demande, y compris dans les formules qui y sont jointes, sont véridiques. Je présente ma demande de bonne foi.

FAIT SOUS SERMENT OU PAR AFFIRMATION SOLENNELLE DEVANT MOI

Dans la ville / municipalité de \_\_\_\_\_

Dans la province / le territoire / l'État / le pays de / du / de l' \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notaire ou autre personne autorisée

\_\_\_\_\_  
Signature du requérant

\_\_\_\_\_  
Nom et titre, en lettres moulées, de la personne autorisée devant qui le serment a été fait (p. ex. : commissaire à l'assermentation. Utiliser l'estampille ou le sceau, s'il y a lieu.)

\_\_\_\_\_  
Date d'expiration de la commission (aaaa/mm/jj), s'il y a lieu



**11. Loi applicable : Les règles de droit applicables dans la province, le territoire, l'État ou le pays où réside le défendeur détermineront quelle loi en matière de pensions alimentaires s'appliquera dans la prise de décision relativement à la présente demande.**

\*Au Canada : *Interjurisdictional Support Orders Act*, S.A. 2002, c. I-3.5 (Alberta); *Interjurisdictional Support Orders Act*, S.B.C. 2002, c. 29 (Colombie-Britannique); *Inter-jurisdictional Support Orders Act*, S.S. 2002, c. I-10.03 (Saskatchewan); *Loi sur l'établissement et l'exécution réciproque des ordonnances alimentaires*, c. 160 de la C.P.L.M. (Manitoba); *Loi de 2002 sur les ordonnances alimentaires d'exécution réciproque*, L.O. 2002, chap. 13 (Ontario); *Loi sur l'établissement et l'exécution réciproque des ordonnances alimentaires*, L.N.-B. 2016, ch. 102 (Nouveau-Brunswick); *Interjurisdictional Support Orders Act*, S.N.S. 2002, c. 9 (Nouvelle-Écosse); *Interjurisdictional Support Orders Act*, R.S.P.E.I. 1988, Cap. I-4.2 (Île-du-Prince-Édouard); *Interjurisdictional Support Orders Act*, S.N.L. 2002, c. I-19.2 (Terre-Neuve et-Labrador); *Loi sur l'établissement et l'exécution réciproque des ordonnances alimentaires*, L.T.N.-O. 2002, ch. 19 (Territoires du Nord-Ouest); *Loi sur l'établissement et l'exécution réciproque des ordonnances alimentaires*, L.Y. 2001, ch. 19 (Yukon); *Loi sur l'exécution réciproque des ordonnances alimentaires*, L.Nun. 2002, ch. 26 (Nunavut)

2023-59

**PARENTAGE****Form B***A separate Form is required for each child. Check all boxes that apply.***1. Child's full name and date of birth:**

Name (First Middle Last)	Date of Birth (MM/DD/YYYY)
--------------------------	----------------------------

2.  I am entitled to claim support for this child as I am the child's parent, guardian, or other person with responsibility for this child.

3.  I ask the court to find that the Respondent has an obligation to support the child.  
If the parentage of this child is raised as an issue, I ask the court to determine that the Respondent is the parent of this child.

4.  I believe that the Respondent should acknowledge parentage of this child because (check all that apply):

- The Respondent and I resided together as a couple for the period from \_\_\_\_\_ (MM/DD/YYYY) to \_\_\_\_\_ (MM/DD/YYYY).
- The Respondent and I were married to each other, in a registered civil union, or lived together as a couple, at the time of this child's birth.
- My marriage to the Respondent ended by a Court Judgment or a Divorce Order, or we ceased to reside together within 300 days before the birth of this child.
- The Respondent has stated (in writing) that they are the parent of this child (copy attached).
- The Respondent is registered as a parent of this child on the birth registration or Vital Statistics records (copy attached).
- Genetic testing has been completed which shows the Respondent is a parent of this child (copy attached).
- The Respondent signed an acknowledgement of paternity of this child (copy attached).
- The child was born using assisted reproduction and the Respondent's role was as follows:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Additional page(s) attached

Other presumptions or rules permitted under the laws of my jurisdiction:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Additional page(s) attached

**Sections 5 and 6 are optional. You may wish to respond to these sections as it may be required should the Respondent dispute parentage and/or the obligation to support the child or fails to appear for the hearing. If these sections are not completed and the court requires this information, you may be asked to complete them at a later date, resulting in a delay in the application process.**

5.  Should the Respondent request genetic testing to confirm parentage of this child, I agree to cooperate and will make myself and the child, if in my custody, available for this testing.

- I request that the Respondent is to be directed to make the arrangements for the genetic testing.
- I make the following suggestion regarding payment for genetic testing:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Additional page(s) attached

- Genetic testing is not relevant to a determination of parentage based on the Respondent’s role in assisted reproduction.

**6.  I make the following statements to support my claim that the Respondent is the biological parent of the child (check all that apply):**

- I had sexual intercourse with the Respondent at: \_\_\_\_\_ (city, province/territory/state) on \_\_\_\_\_ (MM/DD/YYYY) or from: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ (date range).
- Provide an explanation in Section 9 below, if the resulting child was born prior to a full term pregnancy.
- I did not have sexual intercourse with any other person within the period of 30 days before to 30 days after the date the child was conceived.
- The Respondent and I married each other after the child was born, and the Respondent admitted to being the biological parent of the child.
- The Respondent admitted being a biological parent of the child.
- The Respondent sent cards/letters/e-mails regarding the pregnancy and/or birth of the child (copy attached).
- The Respondent was present when the child was born.
- The Respondent visited the child at the hospital following birth.
- The Respondent offered to pay for an abortion/medical expenses.
- The Respondent paid for birth-related expenses.
- The Respondent has provided food, clothes, gifts, or financial support for the child (provide details in Section 9 below).
- The Respondent claimed the child on tax returns.
- The Respondent lived with the child.
- The Respondent visited the child.
- There are witnesses to my relationship with the Respondent (list names, addresses, and facts known by each person in Section 9 below).

**7.  I was married to a person other than the Respondent at the time of the child’s birth:**

If yes, complete the following:

**A.** That person’s name (First Middle Last) and last known address:

---



---



---



---

Additional page(s) attached

**B.** I do not believe that the person I was married to is the biological parent of the child because (list reasons, and attach all supporting documents):

---



---

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Additional page(s) attached

**8.  The Respondent is not a biological parent of the child, but should be determined to have an obligation to support the child because (check all that apply):**

- The Respondent acted as a parent to the child in the following ways:
  - The Respondent, the child and I lived together as a family during the period from \_\_\_\_\_ (MM/DD/YYYY) to \_\_\_\_\_ (MM/DD/YYYY).
  - The Respondent lived with the child.
  - The Respondent visited the child.
  - The Respondent has provided food, clothes, gifts, or financial support for the child (provide details in Section 9 below).
  - The Respondent claimed the child on tax returns.
- There are witnesses to this relationship with the Respondent (list names, addresses, and facts known by each person in Section 9 below).
- Other information to describe the Respondent's relationship with the child (use Section 9 below).

**9. Information in support of a declaration of parentage/responsibility to support this child** (provide explanations for any responses requested above including further information relating to responses that indicate that the Respondent is the biological parent of the child OR that the Respondent is a parent based on their role in assisted reproduction OR that the Respondent acted as a parent to the child):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Additional page(s) attached

This document is attached to and forms part of the evidence in my support/support variation application.

\_\_\_\_\_  
(Signature of Claimant/Applicant)

**FILIATION****Formule B**

*Veillez remplir une formule pour chaque enfant et cocher dans chacune toutes les cases qui s'appliquent.*

**1. Nom complet de l'enfant et date de naissance :**

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)	Date de naissance (aaaa/mm/jj)
---	--------------------------------

2.  **J'ai le droit de demander une pension alimentaire pour l'enfant nommé ci-dessus, car j'en suis le parent ou le tuteur ou car j'en ai la responsabilité pour une autre raison quelconque.**

3.  **Je demande au tribunal de déclarer que le défendeur a une obligation alimentaire envers cet enfant.**

**Si la filiation de l'enfant est en litige, je demande au tribunal de déclarer qu'il s'agit de l'enfant du défendeur.**

4.  **Je crois que le défendeur devrait reconnaître le lien de filiation avec cet enfant parce que (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :**

Le défendeur et moi avons vécu ensemble à titre de couple du \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj) au \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj).

Au moment de la naissance de l'enfant, le défendeur et moi étions mariés, vivions dans le cadre d'une union civile dûment enregistrée ou vivions ensemble en couple.

Mon mariage avec le défendeur a pris fin à la suite d'un jugement d'un tribunal ou d'un jugement de divorce, ou nous avons cessé de vivre ensemble dans les 300 jours précédant la naissance de l'enfant.

Le défendeur a reconnu par écrit qu'il est le parent de cet enfant (copie ci-jointe).

Le défendeur est inscrit comme parent de l'enfant sur le document d'enregistrement de naissance de l'enfant ou dans les registres du bureau de l'état civil (copie ci-jointe).

Un test génétique effectué pour établir la filiation démontre que le défendeur est bien le parent de cet enfant (copie ci-jointe).

Le défendeur a signé une reconnaissance de paternité à l'égard de cet enfant (copie ci-jointe).

L'enfant est issu de la procréation assistée; le rôle du défendeur était le suivant :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Voir pages additionnelles ci-jointe(s)

Autres présomptions ou règles prévues en vertu des lois de ma province, de mon territoire, de mon État ou de mon pays :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

**Les sections 5 et 6 sont facultatives. Il est recommandé de cocher les cases qui s'appliquent, car ces renseignements pourraient être nécessaires si le défendeur conteste la filiation ou son obligation alimentaire à l'égard de l'enfant ou s'il ne se présente pas à l'audience. Si ces sections ne sont pas remplies et que le tribunal a besoin de ces renseignements, on pourrait vous demander de les remplir ultérieurement, ce qui risque d'entraîner des retards dans le traitement de la demande.**

5.  **Si le défendeur demande un test génétique pour confirmer sa filiation à l'égard de cet enfant, je consens à me soumettre à un tel test et à permettre que l'enfant, s'il est sous ma garde, y soit aussi soumis.**

Je demande qu'il soit ordonné au défendeur de prendre les dispositions nécessaires en vue du test génétique.

En ce qui concerne le paiement du test génétique, je fais la suggestion suivante :

\_\_\_\_\_

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

Un test génétique n'est pas pertinent aux fins de détermination de la filiation compte tenu du rôle du défendeur dans la procréation assistée.

**6.  J'allègue que le défendeur est le parent biologique de cet enfant pour les raisons suivantes (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :**

J'ai eu des rapports sexuels avec le défendeur à \_\_\_\_\_  
(ville, province / territoire, État) le \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj) ou du \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj)  
au \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj).

L'enfant est né avant terme; j'ai fourni des précisions à la section 9.

Le défendeur est la seule personne avec qui j'ai eu un rapport sexuel au cours de la période débutant 30 jours avant la date de la conception de l'enfant et se terminant 30 jours après cette date.

Le défendeur et moi nous sommes mariés après la naissance de l'enfant, et il a admis être son parent biologique.

Le défendeur a admis être un parent biologique de l'enfant.

Le défendeur a envoyé des cartes / lettres / courriels concernant la grossesse ou la naissance de l'enfant (copie ci-jointe).

Le défendeur a assisté à la naissance de l'enfant.

Le défendeur est venu voir l'enfant à l'hôpital après l'accouchement.

Le défendeur a offert de payer des frais médicaux ou ceux liés à un avortement.

Le défendeur a payé des frais liés à la naissance.

Le défendeur a fourni de la nourriture, des vêtements, des cadeaux ou de l'aide financière destinés à l'enfant. (Précisez à la section 9 ci-après).

Le défendeur s'est prévalu de déductions relatives à l'enfant sur ses déclarations de revenus.

Le défendeur a vécu avec l'enfant.

Le défendeur a rendu visite à l'enfant.

Il y a eu des témoins de ma relation avec le défendeur. (Précisez, à la section 9 ci-après, le nom et l'adresse de chaque témoin ainsi que les faits connus par chacun).

**7.  J'étais marié(e) à une personne autre que le défendeur au moment de la naissance de cet enfant :**

Si oui, veuillez remplir les sections A et B ci-dessous.

**A.** Nom complet (prénom, deuxième prénom, nom de famille) et dernière adresse connue de cette personne : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

**B.** Je ne crois pas que la personne avec qui j'étais mariée soit le parent biologique de l'enfant, car (veuillez énumérer les raisons et joindre à la présente demande tous les documents à l'appui) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

8.  **Le défendeur n'est pas un parent biologique de cet enfant, mais le tribunal devrait déclarer qu'il a une obligation alimentaire à son égard pour les raisons ci-dessous. (Cochez toutes les cases qui s'appliquent.)**

Le défendeur a agi à titre de parent à l'égard de l'enfant de la manière suivante :

Le défendeur, l'enfant et moi avons vécu ensemble, en famille, du \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj) au \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj).

Le défendeur a vécu avec l'enfant.

Le défendeur a rendu visite à l'enfant.

Le défendeur a fourni de la nourriture, des vêtements, des cadeaux ou de l'aide financière destinés à l'enfant. (Précisez à la section 9 ci-après.)

Le défendeur s'est prévalu de déductions relatives à l'enfant sur ses déclarations de revenus.

Il y a eu des témoins de ma relation avec le défendeur. (Précisez, à la section 9 ci-dessous, le nom et l'adresse de chaque témoin ainsi que les faits connus par chacun.)

Voir les renseignements complémentaires décrivant la relation du défendeur avec l'enfant que j'ai fournis à la section 9.

9. **Renseignements à l'appui d'une déclaration de filiation / d'obligation alimentaire à l'égard de l'enfant** (Veuillez fournir des explications à l'appui des renseignements fournis ci-dessus, notamment si vous avez répondu que le défendeur est un parent biologique de l'enfant OU qu'il est un parent compte tenu de son rôle dans la procréation assistée OU qu'il a agi à titre de parent à l'égard de l'enfant.) :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Voir page(s) additionnelle(s) jointe(s)

Je joins le présent document à ma demande de pension alimentaire / demande de modification d'une ordonnance alimentaire. Il fait partie des éléments de preuve présentés à l'appui de cette demande.

\_\_\_\_\_  
(Signature du demandeur / requérant)

**CHILD SUPPORT CLAIM****Form C****1.  The Respondent resides in Canada, and I ask for child support for the following child(ren):****Name** (First Middle Last): \_\_\_\_\_ **Date of Birth** (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_

- Only the child support guidelines table amount.
- Child support in an amount different from the child support guidelines table amount for the child named above. Form E is attached.
- The child support guidelines table amount plus special or extraordinary expenses for the child named above. Forms F and I are attached.
- Child support in an amount different from the child support guidelines table amount, plus special or extraordinary expenses for the child named above. Forms E, F and I are attached.

**Name** (First Middle Last): \_\_\_\_\_ **Date of Birth** (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_

- Only the child support guidelines table amount.
- Child support in an amount different from the child support guidelines table amount for the child named above. Form E is attached.
- The child support guidelines table amount plus special or extraordinary expenses for the child named above. Forms F and I are attached.
- Child support in an amount different from the child support guidelines table amount, plus special or extraordinary expenses for the child named above. Forms E, F and I are attached.

**Name** (First Middle Last): \_\_\_\_\_ **Date of Birth** (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_

- Only the child support guidelines table amount.
- Child support in an amount different from the child support guidelines table amount for the child named above. Form E is attached.
- The child support guidelines table amount plus special or extraordinary expenses for the child named above. Forms F and I are attached.
- Child support in an amount different from the child support guidelines table amount, plus special or extraordinary expenses for the child named above. Forms E, F and I are attached.

**Name** (First Middle Last): \_\_\_\_\_ **Date of Birth** (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_

- Only the child support guidelines table amount.
- Child support in an amount different from the child support guidelines table amount for the child named above. Form E is attached.
- The child support guidelines table amount plus special or extraordinary expenses for the child named above. Forms F and I are attached.
- Child support in an amount different from the child support guidelines table amount, plus special or extraordinary expenses for the child named above. Forms E, F and I are attached.

**2.  The Respondent resides outside of Canada, and I ask for child support for the following child(ren) in accordance with the applicable law (NOTE: Section 2 does not apply if your application is made under the *Divorce Act*):****Name** (First Middle Last): \_\_\_\_\_ **Date of Birth** (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_**Name** (First Middle Last): \_\_\_\_\_ **Date of Birth** (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_**Name** (First Middle Last): \_\_\_\_\_ **Date of Birth** (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_**Name** (First Middle Last): \_\_\_\_\_ **Date of Birth** (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_



- 3.  I ask for an order that the Respondent obtain or maintain medical insurance coverage for the child(ren).
- I ask for an order that the Respondent obtain or maintain dental insurance coverage for the child(ren).
  
- 4.  I am asking for ongoing child support starting as of the date of this application.
- I am asking for retroactive child support starting as of a date prior to the date of this application  
\_\_\_\_\_ (MM/DD/YYYY) in addition to ongoing child support.
- I am asking for retroactive child support for the period of \_\_\_\_\_ (MM/DD/YYYY) to  
\_\_\_\_\_ (MM/DD/YYYY).

**NOTE:** Provide information for each child to explain why you are requesting retroactive child support and why an application was not made earlier.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Additional page(s) attached

<p>This document is attached to and forms part of the evidence in my support/support variation application.</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">_____ (Signature of Claimant/Applicant)</p>
--

**DEMANDE DE PENSION  
ALIMENTAIRE POUR ENFANT****Formule C****1.  Le défendeur réside au Canada. Je demande une pension alimentaire pour le ou les enfants suivants :****Nom** (prénom, deuxième prénom, nom de famille) : \_\_\_\_\_**Date de naissance** (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

- Seulement le montant de pension alimentaire pour enfant prévu dans la table des lignes directrices sur les aliments pour enfant.
- Une pension alimentaire pour enfant d'un montant différent de celui prévu dans la table pour l'enfant nommé ci-dessus. Je joins la formule E à la présente demande.
- Un montant supplémentaire pour les dépenses spéciales ou extraordinaires pour l'enfant nommé ci-dessus en plus du montant de pension alimentaire pour enfant prévu dans la table. Je joins les formules F et I à la présente demande.
- Une pension alimentaire pour enfant d'un montant différent de celui prévu dans la table en plus d'un montant supplémentaire pour dépenses spéciales ou extraordinaires pour l'enfant nommé ci-dessus. Je joins les formules E, F et I à la présente demande.

**Nom** (prénom, deuxième prénom, nom de famille) : \_\_\_\_\_**Date de naissance** (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

- Seulement le montant de pension alimentaire pour enfant prévu dans la table des lignes directrices sur les aliments pour enfant.
- Une pension alimentaire pour enfant d'un montant différent de celui prévu dans la table pour l'enfant nommé ci-dessus. Je joins la formule E à la présente demande.
- Un montant supplémentaire pour les dépenses spéciales ou extraordinaires pour l'enfant nommé ci-dessus en plus du montant de pension alimentaire pour enfant prévu dans la table. Je joins les formules F et I à la présente demande.
- Une pension alimentaire pour enfant d'un montant différent de celui prévu dans la table en plus d'un montant supplémentaire pour dépenses spéciales ou extraordinaires pour l'enfant nommé ci-dessus. Je joins les formules E, F et I à la présente demande.

**Nom** (prénom, deuxième prénom, nom de famille) : \_\_\_\_\_**Date de naissance** (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

- Seulement le montant de pension alimentaire pour enfant prévu dans la table des lignes directrices sur les aliments pour enfant.
- Une pension alimentaire pour enfant d'un montant différent de celui prévu dans la table pour l'enfant nommé ci-dessus. Je joins la formule E à la présente demande.
- Un montant supplémentaire pour les dépenses spéciales ou extraordinaires pour l'enfant nommé ci-dessus en plus du montant de pension alimentaire pour enfant prévu dans la table. Je joins les formules F et I à la présente demande.
- Une pension alimentaire pour enfant d'un montant différent de celui prévu dans la table en plus d'un montant supplémentaire pour dépenses spéciales ou extraordinaires pour l'enfant nommé ci-dessus. Je joins les formules E, F et I à la présente demande.

**Nom** (prénom, deuxième prénom, nom de famille) : \_\_\_\_\_**Date de naissance** (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

- Seulement le montant de pension alimentaire pour enfant prévu dans la table des lignes directrices sur les aliments pour enfant.
- Une pension alimentaire pour enfant d'un montant différent de celui prévu dans la table pour l'enfant

nommé ci-dessus. Je joins la formule E à la présente demande.

- Un montant supplémentaire pour les dépenses spéciales ou extraordinaires pour l'enfant nommé ci-dessus en plus du montant de pension alimentaire pour enfant prévu dans la table. Je joins les formules F et I à la présente demande.
- Une pension alimentaire pour enfant d'un montant différent de celui prévu dans la table en plus d'un montant supplémentaire pour dépenses spéciales ou extraordinaires pour l'enfant nommé ci-dessus. Je joins les formules E, F et I à la présente demande.

**2.  Le défendeur demeure à l'extérieur du Canada. Je présente une demande de pension alimentaire pour le ou les enfants ci-dessous, conformément à la loi applicable (REMARQUE : La section 2 ne s'applique pas si votre demande est faite en vertu de la Loi sur le divorce) :**

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille) : \_\_\_\_\_

Date de naissance (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille) : \_\_\_\_\_

Date de naissance (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille) : \_\_\_\_\_

Date de naissance (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille) : \_\_\_\_\_

Date de naissance (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

- 3.  Je demande au tribunal d'ordonner que le défendeur souscrive ou maintienne en vigueur une assurance médicale pour le ou les enfants.**
- Je demande au tribunal d'ordonner que le défendeur souscrive ou maintienne en vigueur une assurance dentaire pour le ou les enfants.
- 4.  Je demande une pension alimentaire pour enfant à compter de la date de la présente demande.**
- Je demande une pension alimentaire pour enfant rétroactive pour la période allant du \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj) jusqu'à la date de la présente demande en plus de la pension alimentaire pour enfant.
- Je demande une pension alimentaire pour enfant rétroactive pour la période allant du \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj) au \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj).

**REMARQUE :** Le cas échéant, veuillez fournir les renseignements relatifs à chaque enfant justifiant la présentation d'une demande de pension alimentaire pour enfant rétroactive et le retard dans la présentation de la demande.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

Je joins le présent document à ma demande de pension alimentaire / demande de modification d'une ordonnance alimentaire. Il fait partie des éléments de preuve présentés à l'appui de cette demande.

\_\_\_\_\_  
(Signature du demandeur / requérant)

**REQUEST FOR SUPPORT ORDER  
(IF RESPONDENT DOES NOT PROVIDE  
FINANCIAL INFORMATION)**

**Form D**

*Note to the Claimant/Applicant: Please provide as much information as possible. If additional information is required by the court, it may result in a delay.*

- 1.  **If the Respondent does not provide sufficient financial information or fails to appear at the hearing, I ask the court to impute the Respondent’s income at \$\_\_\_\_\_ per year based on the information provided below.**
  
- 2.  **Based on the Respondent’s imputed income, I ask for an order for (check all that apply):**
  - A.  Child support in accordance with the child support guidelines table amount (Form C). The total requested for all children in this category is: \$\_\_\_\_\_ per month
  
  - B.  Monthly special or extraordinary expenses as outlined on Form F. Based on my financial information submitted on Form I and the Respondent’s income (or imputed income) contained on this form, the Respondent’s portion of the total requested for all children in this category is: \$\_\_\_\_\_ per month  
**NOTE:** Do not include expenses listed below in sections D and E.
  
  - C.  Child support in an amount different from the child support guidelines table amount (Forms C and E). The total requested for all children in this category is: \$\_\_\_\_\_ per month  
**Total monthly child support requested above (A+B+C) is: \$\_\_\_\_\_ \*per month**  
\* This amount should be entered on Form A.1 or Form A.3 in the space that states “Child support: Total amount of \$\_\_\_\_\_ per month”. This amount may or may not be the total amount that you will enter on Form A.2 or Form A.4.
  
  - D.  Recurring annual special or extraordinary expenses as outlined on Form F. Based on my financial information submitted on Form I and the Respondent’s income (or imputed income) contained on this form, the Respondent’s portion of the total requested for all children in this category is: \$\_\_\_\_\_ per year  
**NOTE:** Do not include the expenses listed in sections B and E.
  
  - E.  One-time special or extraordinary expenses as outlined on Form F. Based on my financial information submitted on Form I and the Respondent’s income (or imputed income) contained on this form, the Respondent’s portion of the total requested for all children in this category is: \$\_\_\_\_\_ per year  
**NOTE:** Do not include the expenses listed above in sections B and D.
  
  - F.  Support for myself (Forms H and I attached) in the amount of: \$\_\_\_\_\_ per month  
**NOTE:** This amount should be entered as the total amount of support for yourself claimed on Form A.1 or Form A.3. This amount may or may not be the total amount that you will enter on Form A.2 or Form A.4.

**3. Information about Respondent's income:**

The most recent information I have about the Respondent's income is attached. The information includes:

- Employment (include occupation, name and address of employer, other information)
- Self-employment (type of work, business address, any other information known)
- Employment Insurance (list dates on EI)
- Social or Income Assistance (list dates on IA, if known)
- Disability Insurance (list dates, reason, any other information known)
- Statements of Earnings (pay stubs)
- Income Tax Returns
- Notices of Assessment
- Other (specify):

---



---



---



---



---

Additional page(s) attached

Provide details for all source(s) of income:

---



---



---



---



---

Additional page(s) attached

**(Complete EITHER Section 4 or 5, as applicable.)**

**4. I have no information or documents about the Respondent's current income, but:**

In the past the Respondent has worked (list below):

Type of work or occupation	Dates of work (if known) (MM/DD/YYYY)
1.	
2.	
3.	
4.	

Additional page(s) attached

Attached is information from (source) \_\_\_\_\_.  
It shows that a person employed as a (work/occupation that the Respondent may have had) \_\_\_\_\_ in the Respondent's jurisdiction may have an annual income of \$\_\_\_\_\_. I believe the printout may assist the court in imputing income to the Respondent if sufficient financial information is not provided to the court by the Respondent.

I believe the Respondent does/may own property or other assets that could produce income. The property or asset is:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Additional page(s) attached

Attached are other documents that may assist the court in imputing income to the Respondent if insufficient financial information is provided to the court by the Respondent.

These documents include:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Additional page(s) attached

**5. I have no information about the Respondent's sources of income or past or present work or occupations. However, the following may assist the court in imputing income to the Respondent if sufficient financial information is not provided to the court:**

Attached information from (source) \_\_\_\_\_. This information shows that the average annual income in the Respondent's jurisdiction is \$\_\_\_\_\_.

Attached statistical information from (source) \_\_\_\_\_. This information shows the average family income in the Respondent's jurisdiction.

Attached other documents that may assist the court in imputing income to the Respondent if insufficient financial information is provided to the court by the Respondent.

These documents include: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Additional page(s) attached

This document is attached to and forms part of the evidence in my support/support variation application.  
  
\_\_\_\_\_  
(Signature of Claimant/Applicant)

**DEMANDE DE PENSION ALIMENTAIRE  
(SI LE DÉFENDEUR NE FOURNIT  
PAS DE RENSEIGNEMENTS FINANCIERS)**

**Formule D**

*Note à l'intention du demandeur / requérant : veuillez fournir le plus de renseignements possibles. Toute demande de renseignements additionnels de la part du tribunal risque d'occasionner des retards.*

1.  Si le défendeur ne fournit pas suffisamment de renseignements financiers ou ne se présente pas à l'audience, je demande au tribunal de lui attribuer un revenu de \_\_\_\_\_ \$ par année, en fonction des renseignements fournis ci-dessous.
2.  D'après le revenu attribué au défendeur, je demande une ordonnance accordant ce qui suit (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :
- A.  Une pension alimentaire pour enfant égale au montant prévu dans la table des lignes directrices sur les aliments pour enfant (formule C). Le montant global demandé pour tous les enfants est le suivant : \_\_\_\_\_ \$ par mois
- B.  Le montant supplémentaire pour dépenses spéciales ou extraordinaires mensuelles précisées dans la formule F. Sur la base des renseignements financiers que j'ai fournis dans la formule I et du revenu (ou du revenu attribué) du défendeur figurant dans la présente formule, la part du défendeur du total demandé pour tous les enfants est la suivante : \_\_\_\_\_ \$ par mois  
**REMARQUE** : Veuillez ne pas inclure les dépenses énumérées aux sections D et E.
- C.  Une pension alimentaire pour enfant d'un montant différent de celui prévu dans la table des lignes directrices sur les aliments pour enfant (formules C et E). Le montant global demandé pour tous les enfants dans cette catégorie est le suivant : \_\_\_\_\_ \$ par mois  
**Montant mensuel global demandé pour la pension alimentaire (A+B+C) :** \_\_\_\_\_ \$ \*par mois  
\* Ce montant devrait être inscrit dans la formule A.1 ou A.3, dans le champ commençant par « Une pension alimentaire pour enfant d'un montant global de \_\_\_\_\_ \$ par mois ». Ce montant pourrait être le montant global que vous inscrirez dans la formule A.2 ou A.4, ou un autre montant, le cas échéant.
- D.  Le montant supplémentaire pour dépenses spéciales ou extraordinaires récurrentes annuelles précisées dans la formule F. Sur la base des renseignements financiers que j'ai fournis dans la formule I et du revenu (ou du revenu attribué) du défendeur figurant dans la présente formule, la part du défendeur du total demandé pour tous les enfants est la suivante : \_\_\_\_\_ \$ par année  
**REMARQUE** : Veuillez ne pas inclure les dépenses énumérées aux sections B et E.
- E.  Le montant supplémentaire pour dépenses spéciales ou extraordinaires non récurrentes précisées dans la formule F. Sur la base des renseignements financiers que j'ai fournis dans la formule I et du revenu (ou du revenu attribué) du défendeur figurant dans la présente formule, la part du défendeur du total demandé pour tous les enfants est la suivante : \_\_\_\_\_ \$  
**REMARQUE** : Veuillez ne pas inclure les dépenses énumérées aux sections



B et D.

- F.  Une pension alimentaire pour moi (formules H et I ci-jointes) d'un montant de : \_\_\_\_\_ \$ par mois
- REMARQUE :** Ce montant devrait être le montant global de pension alimentaire que vous demandez pour vous-même à la formule A.1 ou A.3. Ce montant pourrait être le montant global que vous inscrirez dans la formule A.2 ou A.4, ou un autre montant, le cas échéant.

**3. Information sur le revenu du défendeur**

Je joins à la présente demande les renseignements et les documents les plus récents que je possède sur le revenu du défendeur, plus précisément les renseignements portant sur les sujets ci-dessous et les documents mentionnés par la suite :

- Emploi (veuillez préciser le poste occupé, le nom et l'adresse de l'employeur et tout autre renseignement pertinent)
- Travail autonome (veuillez préciser le genre de travail, l'adresse d'affaires et tout autre renseignement connu)
- Assurance-emploi (veuillez indiquer les dates de la période d'AE)
- Aide sociale ou aide au revenu (veuillez indiquer les dates connues)
- Assurance invalidité (veuillez indiquer les dates, raisons et autres renseignements connus)
- Bordereau de paye
- Déclarations de revenus
- Avis de cotisation
- Autres (veuillez préciser) :

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Voir pages additionnelles ci-jointe(s)

Veuillez fournir des renseignements détaillés pour chaque source de revenu :

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

**(Veuillez remplir SOIT la section 4, SOIT la section 5, selon le cas.)**

**4. Je n'ai pas de renseignements ni de documents concernant le revenu actuel du défendeur, mais :**

- Dans le passé, le défendeur a fait le genre de travail ou occupé le genre de poste suivant (veuillez préciser ci-après) :

Genre de travail ou poste occupé	Dates (aaaa/mm/jj) (si connues)
1.	
2.	
3.	
4.	

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

Je joins à la présente demande des renseignements de (source) \_\_\_\_\_ selon lesquels une personne employée comme (emploi que le défendeur peut avoir exercé) \_\_\_\_\_ dans la province, le territoire, l'État ou le pays du défendeur peut gagner un revenu annuel de \_\_\_\_\_\$. Je suis d'avis que le document imprimé pourrait aider le tribunal à attribuer le revenu du défendeur si ce dernier ne fournit pas suffisamment de renseignements financiers.

Je crois que le défendeur détient ou pourrait détenir des biens ou d'autres actifs qui pourraient produire des revenus. Ces biens ou actifs sont les suivants :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

Je joins à la présente demande les documents énumérés ci-après qui pourraient aider le tribunal à attribuer le revenu du défendeur si ce dernier ne fournit pas suffisamment de renseignements financiers.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

**5. Je n'ai aucun renseignement concernant les sources de revenu du défendeur ni ses emplois antérieurs ou actuel, cependant je joins à la présente demande les renseignements ou documents ci-dessous qui pourraient aider le tribunal à attribuer le revenu du défendeur si ce dernier ne fournit pas suffisamment de renseignements financiers :**

Des renseignements de (source) \_\_\_\_\_ indiquant que le revenu annuel moyen dans la province, le territoire, l'État ou le pays du défendeur est de \_\_\_\_\_\$.

Des renseignements statistiques de (source) \_\_\_\_\_ indiquant le revenu familial moyen dans la province, le territoire, l'État ou le pays du défendeur

Autres documents qui pourraient aider le tribunal à attribuer le revenu du défendeur si ce dernier ne fournit pas suffisamment de renseignements financiers (veuillez préciser) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

Je joins le présent document à ma demande de pension alimentaire / demande de modification d'une ordonnance alimentaire. Il fait partie des éléments de preuve présentés à l'appui de cette demande.

\_\_\_\_\_  
(Signature du demandeur / requérant)

**REQUEST FOR CHILD  
SUPPORT DIFFERENT FROM  
CHILD SUPPORT GUIDELINES TABLE AMOUNT**

**Form E**

**I ask the court for child support in an amount different from that in the child support guidelines table. My claim is based on the information provided below. Documents to support each claim are attached.**

**1.  Child over the age of majority**

I ask for support for each child who is the age of majority or older. A **Child Status and Financial Statement** (Form J) is attached for each child. The amount requested for each child is:

Name (First Middle Last)	Date of Birth (MM/DD/YYYY)	Monthly Amount
1.		
2.		
3.		
4.		

**2.  Split custody / Split parenting time**

There are two or more children, and at least one child lives with each of us. The custody/parenting arrangements are in the attached custody/parenting order or agreement, or as follows:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Additional page(s) attached

I ask for child support of \$\_\_\_\_\_ per month for the support of the child(ren) living with me. My claim is based on the following calculations:

	Total Income (known, or imputed based on Form F)	Number of Children	Guideline Table Amount for Province/Territory of residence	Amount Payable	Name(s) of Children
Respondent				\$	
Claimant/Applicant				- \$	
Subtract amount payable by Claimant/Applicant from amount payable by Respondent to calculate amount claimed.				= \$	

**3.  Shared custody / Shared parenting time**

The child(ren) live(s) with each of us at least 40% of the time during the year. The custody/parenting arrangements are in the attached custody/parenting order or agreement, or as follows:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Additional page(s) attached

I ask for child support of \$\_\_\_\_\_ per month for the following child(ren):

Name (First Middle Last)	Date of Birth (MM/DD/YYYY)
1.	
2.	
3.	
4.	

**4.  Undue hardship claim**

I ask the court to determine that if the child support guidelines table amount is ordered, the child(ren) named in this application and/or I will suffer undue hardship because of the reasons set out below and that my household standard of living will/may be lower than that of the other parent.

- I have large debts. The debts came from supporting our family before the other parent and I separated or are due to my expenses to earn a living.
- My expenses in relation to exercising access to the child(ren) are unusually high.
- I have a legal duty to support another child and/or adult person. This duty is in a judgment, order, or written agreement. A copy is attached.
- I have a legal duty to support a child(ren) other than the child(ren) named in this application. The child(ren) is under the age of majority or, if over the age of majority, is not able to be self-supporting, due to an illness or disability or other cause.

Name (First Middle Last)	Date of Birth (MM/DD/YYYY)
1.	
2.	
3.	
4.	

- I have a legal duty to support a person who is not able to be self-supporting due to an illness or disability.

Name (First Middle Last)	Relationship

- Other (specify): \_\_\_\_\_
- Details pertaining to the selections made above: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Additional page(s) attached

In order to provide verification of my standard of living, the income of the other people in my household is included in Section 6 of my Financial Information (Form I).

Based on the above, I ask for support of \$\_\_\_\_\_ per month.

**5.  I believe the Respondent's income is over \$150,000 per year.**

I ask for child support of \$\_\_\_\_\_ per month.

This document is attached to and forms part of the evidence in my support/support variation application.

\_\_\_\_\_  
 (Signature of Claimant/Applicant)

**DEMANDE DE PENSION ALIMENTAIRE POUR ENFANT  
DIFFÉRENTE DU MONTANT PRÉVU DANS  
LA TABLE DES LIGNES DIRECTRICES**

**Formule E**

**Je demande au tribunal une pension alimentaire pour enfant d'un montant différent de celui prévu dans la table des lignes directrices sur les aliments pour enfant. Ma demande est fondée sur les renseignements fournis ci-dessous. Les documents à l'appui de chaque demande sont joints.**

**1.  Enfant majeur**

Je demande une pension alimentaire pour chaque enfant majeur. Je joins à la présente demande une formule **Statut de l'enfant et déclaration financière** (formule J) pour chacun. Le montant mensuel demandé par enfant est le suivant :

Nom de l'enfant (prénom, deuxième prénom, nom de famille)	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Montant mensuel
1.		
2.		
3.		
4.		

**2.  Garde exclusive / temps parental exclusif**

Nous avons plusieurs enfants dont au moins un demeure avec chacun de nous. Les modalités de garde / de temps parental figurent dans l'ordonnance ou l'accord parental / de garde ci-joint ou sont précisées ci-dessous :

---



---



---

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

Je demande une pension alimentaire pour enfant de \_\_\_\_\_ \$ par mois pour subvenir aux besoins du ou des enfants qui demeurent avec moi. Ma demande est fondée sur les calculs suivants :

	Revenu total (connu ou attribué selon la formule F)	Nombre d'enfants	Montant de la table des lignes directrices pour la prov. / le terr. de résidence	Montant à payer	Nom du ou des enfants
Défendeur				\$	
Demandeur / requérant				- \$	
Soustraire le montant à payer par le demandeur / requérant du montant à payer par le défendeur afin de calculer le montant demandé.				= \$	

**3.  Garde partagée / temps parental partagé**

Le ou les enfants demeurent avec chacun de nous au moins 40 % du temps durant l'année. Les modalités de garde / de temps parental sont prévues dans l'ordonnance ou l'accord parental / de garde ci-joint, ou sont précisées ci-après :

---



---



---

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

Je demande une pension alimentaire pour enfant de \_\_\_\_\_ \$ par mois pour le ou les enfants suivants :

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)	Date de naissance (aaaa/mm/jj)
1.	
2.	
3.	
4.	

#### 4. Demande pour difficultés excessives

Je demande au tribunal de déclarer que si le montant prévu dans la table des lignes directrices sur les aliments pour enfant est ordonné, le ou les enfants nommés dans cette demande ou moi subissons des difficultés excessives pour les raisons énumérées ci-dessous et que le niveau de vie des membres de mon ménage sera ou pourrait être plus bas que celui de l'autre parent.

- J'ai des dettes importantes. Ces dettes ont été contractées pour subvenir aux besoins de notre famille avant notre séparation ou découlent de dépenses engagées afin de gagner un revenu.
- Les dépenses relatives à l'exercice de mon droit d'accès à l'enfant ou aux enfants sont exceptionnellement élevées.
- J'ai l'obligation légale de subvenir aux besoins d'un autre enfant ou d'un adulte. Cette responsabilité figure dans un jugement, une ordonnance ou un accord écrit. Je joins à la présente demande une copie de ce document.
- J'ai l'obligation légale de subvenir aux besoins d'un ou de plusieurs enfants autres que celui ou ceux qui sont nommés dans cette demande. Le ou les enfants ne sont pas majeurs ou, s'ils le sont, ne sont pas capables de subvenir à leurs besoins en raison d'une maladie, d'un handicap ou d'une autre raison.

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)	Date de naissance (aaaa/mm/jj)
1.	
2.	
3.	
4.	

- J'ai l'obligation légale de subvenir aux besoins d'une personne qui n'est pas capable de prendre soin d'elle-même en raison d'une maladie ou d'un handicap.

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)	Lien de parenté

- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

- Détails relatifs aux sélections effectués ci-dessus : \_\_\_\_\_

- Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

Afin de permettre la vérification de mon niveau de vie, j'ai inclus le revenu des autres membres de mon ménage dans la section 6 de la formule I – Déclaration financière.

En fonction des renseignements fournis ci-dessus, je demande une pension alimentaire de \_\_\_\_\_ \$ par mois.

5.  **Je crois que le revenu annuel du défendeur est supérieur à 150 000 \$.**

Je demande une pension alimentaire pour enfant de \_\_\_\_\_ \$ par mois.

Je joins le présent document à ma demande de pension alimentaire / demande de modification d'une ordonnance alimentaire. Il fait partie des éléments de preuve présentés à l'appui de cette demande.

\_\_\_\_\_  
(Signature du demandeur / requérant)

**SPECIAL OR EXTRAORDINARY  
EXPENSE CLAIM****Form F***A separate Form is required for each child for each calendar year of expenses claimed.*

I ask the court to make an order for additional child support under section 7 of the child support guidelines or applicable law. The additional amount is for the Respondent's share of the following expenses. I have attached documents and receipts as evidence to prove each expense and the amounts associated with each expense.

**1. Child's full name and date of birth**

Name (First Middle Last)	Date of Birth (MM/DD/YYYY)
--------------------------	----------------------------

**2. Expenses claimed on this Form are for the singular calendar year of: \_\_\_\_\_****3. My expenses for the above child are for (check all that apply)**

- A. Childcare  
 B. Health-related expenses over \$100.00 per year (not covered by insurance)  
 C. Child's portion of medical and/or dental insurance premiums  
 D. Extraordinary expenses for education (grade school and high school)  
 E. Post-secondary education expenses (college, university or CEGEP)  
 F. Extraordinary expenses for extracurricular activities

**4. Provide details of expenses claimed in Section 3 (as demonstrated below)**

	Expense Type	Brief Description of Expense	Actual (or estimated) Amount Spent per MONTH or YEAR (attach receipts)	Expense Monthly (M) or Yearly (Y)	Net Amount Spent per YEAR (after any subsidy, benefit, tax deduction, or credit) (Please indicate when this payment is / was due, if known.)
1.	A	Childcare - before & after school	\$200	M	\$2400
2.	F	Extracurricular - Soccer	\$250	Y	\$250

**Ongoing Expenses**

	Expense Type	Brief Description of Expense	Actual (or estimated) Amount Spent per MONTH or YEAR (attach receipts)	Expense Monthly (M) or Yearly (Y)	Net Amount Spent per YEAR (after any subsidy, benefit, tax deduction, or credit) (Please indicate when this payment is / was due, if known.) (MM/DD/YYYY)
1.					DUE:
2.					DUE:
3.					DUE:
4.					DUE:
5.					DUE:



	Expense Type	Brief Description of Expense	Actual (or estimated) Amount Spent per MONTH or YEAR (attach receipts)	Expense Monthly (M) or Yearly (Y)	Net Amount Spent per YEAR (after any subsidy, benefit, tax deduction, or credit) (Please indicate when this payment is / was due, if known.) (MM/DD/YYYY)
6.					DUE:
7.					DUE:
8.					DUE:
9.					DUE:
10.					DUE:

Additional page(s) attached

Total special or extraordinary expenses for the year \$ \_\_\_\_\_

Total special or extraordinary expenses for the year converted into a monthly amount \$ \_\_\_\_\_

**One-time Expenses**

	Expense Type	Brief Description of Expense	Net Amount Spent per YEAR (after any subsidy, benefit, tax deduction, or credit) (Please indicate when this payment is / was due, if known.) (MM/DD/YYYY)
1.			DUE:
2.			DUE:
3.			DUE:
4.			DUE:
5.			DUE:
6.			DUE:
7.			DUE:
8.			DUE:
9.			DUE:
10.			DUE:

Additional page(s) attached

Total special or extraordinary expenses for the year \$ \_\_\_\_\_

This document is attached to and forms part of the evidence in my support/support variation application.

\_\_\_\_\_

(Signature of Claimant/Applicant)

**DEMANDE DE DÉPENSES SPÉCIALES  
OU EXTRAORDINAIRES****Formule F***Veillez remplir une formule pour chaque enfant pour chaque année civile  
de dépenses réclamées.*

Je demande au tribunal de rendre une ordonnance qui comprend un montant supplémentaire d'aliments pour enfant tel que prévu à l'article 7 des lignes directrices sur les aliments pour enfant ou par la loi applicable. Le montant supplémentaire représente la part du défendeur pour les dépenses énumérées ci-dessous. Je joins à la présente demande les documents et reçus qui prouvent chaque dépense ainsi que les montants associés à chacune d'elles.

**1. Nom complet et date de naissance de l'enfant**

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)	Date de naissance (aaaa/mm/jj)
---	--------------------------------

**2. Les dépenses visées par la présente formule sont pour l'année civile suivante : \_\_\_\_\_****3. Mes dépenses pour l'enfant nommé ci-dessus sont les suivantes (cochez toutes les cases applicables) :**

- A. Frais de garde d'enfant
- B. Dépenses médicales au-delà de 100 \$ par année (non remboursées par les assurances)
- C. Portion des primes d'assurance médicale ou d'assurance dentaire attribuable à l'enfant
- D. Frais extraordinaires relatifs aux études (primaires et secondaires)
- E. Frais relatifs aux études postsecondaires (cégep, collège ou université)
- F. Frais extraordinaires relatifs aux activités parascolaires

**4. Explications concernant les dépenses réclamées à la section 3 (voir l'exemple ci-dessous) :**

	Type de dépense	Brève description de la dépense	Montant réel (ou estimé) dépensé par MOIS ou par ANNÉE (joindre les reçus relatifs à la dépense)	Dépense mensuelle (M) ou annuelle (A)	Montant net dépensé ANNUELLEMENT (après toute contribution, prestation ou déduction fiscale ou tout crédit d'impôt) (Veillez indiquer la date d'échéance du paiement, si vous la connaissez.)
1.	A	frais de garde – avant et après l'école	200 \$	M	2400 \$
2.	F	activités parascolaires – soccer	250 \$	A	250 \$

**Dépenses courantes**

	Type de dépense	Brève description de la dépense	Montant réel (ou estimé) dépensé par <b>MOIS</b> ou par <b>ANNÉE</b> ( <i>joindre les reçus relatifs à la dépense</i> )	Dépense mensuelle (M) ou annuelle (A)	Montant net dépensé ANNUELLEMENT (après toute contribution, prestation ou déduction fiscale ou tout crédit d'impôt) ( <i>Veillez indiquer la date d'échéance du paiement, si vous la connaissez.</i> ) (aaaa/mm/jj)
1.					date d'échéance :
2.					date d'échéance :
3.					date d'échéance :
4.					date d'échéance :
5.					date d'échéance :
6.					date d'échéance :
7.					date d'échéance :
8.					date d'échéance :
9.					date d'échéance :
10.					date d'échéance :

Voir pages additionnelles ci-jointe(s)

Dépenses spéciales ou extraordinaires totales pour l'année  
\_\_\_\_\_ \$

Dépenses spéciales ou extraordinaires totales pour l'année  
converties en montant mensuel : \_\_\_\_\_ \$

**Dépenses ponctuelles**

	Type de dépense	Brève description de la dépense	Montant net dépensé ANNUELLEMENT (après toute contribution, prestation ou déduction fiscale ou tout crédit d'impôt) (Veuillez indiquer la date d'échéance du paiement, si vous la connaissez.)  (aaaa/mm/jj)
1.			date d'échéance :
2.			date d'échéance :
3.			date d'échéance :
4.			date d'échéance :
5.			date d'échéance :
6.			date d'échéance :
7.			date d'échéance :
8.			date d'échéance :
9.			date d'échéance :
10.			date d'échéance :
			<input type="checkbox"/> Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s) Dépenses spéciales ou extraordinaires totales pour l'année : _____ \$

Je joins le présent document à ma demande de pension alimentaire / demande de modification d'une ordonnance alimentaire. Il fait partie des éléments de preuve présentés à l'appui de cette demande.

\_\_\_\_\_  
(Signature du demandeur / requérant)

**REQUEST TO PAY CHILD  
SUPPORT DIFFERENT FROM  
CHILD SUPPORT GUIDELINES TABLE AMOUNT**

**Form G**

**I ask to pay child support in an amount different from that in the child support guidelines table. My claim is based on the information provided below. Documents to support each claim are attached.**

**1.  Undue hardship claim**

I ask the court to determine that if the child support guidelines table amount is ordered, the child(ren) named in this application and/or I will suffer undue hardship because of the reasons set out below and that my household standard of living will/may be lower than that of the other parent.

I ask to pay support of \$\_\_\_\_\_ per month. I have attached documents to support each claim. The child support guidelines table amount would cause me or the child(ren) undue hardship because:

- I have large debts. The debts came from supporting our family before the other parent and I separated or are due to my expenses to earn a living.
- My expenses in relation to exercising access to the child(ren) are unusually high.
- I have a legal duty to support another child and/or adult person. This duty is in a judgment, order, or written agreement. A copy is attached.
- I have a legal duty to support a child(ren) other than the child(ren) named in this application. The (or each) child is under the age of majority or, if over the age of majority, is not able to be self-supporting, due to an illness or disability or other cause.

	Name (First Middle Last)	Date of Birth (MM/DD/YYYY)
1.		
2.		
3.		
4.		

- I have a legal duty to support a person who is not able to be self-supporting due to an illness or disability.

Name (First Middle Last)	Relationship

- Other (specify): \_\_\_\_\_

- Details pertaining to the selections made above (attach additional pages as required): \_\_\_\_\_

Additional page(s) attached

**2.  Child over the age of majority**

The child(ren) listed below have reached the age of majority and no longer require the child support guidelines table amount.

Name (First Middle Last)	Date of Birth (MM/DD/YYYY)	Reasons and documentation relating to each child	Amount for Child
1.			\$
2.			\$
3.			\$
4.			\$

**Total \$**

**3.  Split custody / Split parenting time**

There are two or more children, and at least one child lives with each of us. The custody/parenting arrangements are in the attached custody/parenting order or agreement, or as follows:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Additional page(s) attached

I ask to pay child support of \$\_\_\_\_\_ per month for the support of the child(ren) living with the Respondent. My claim is based on the following calculations:

	Total Income (known, or imputed as in Form F)	Number of Children	Guideline Table Amount for Province/Territory of residence	Amount Payable	Name(s) of Children
Respondent				\$	
Applicant				- \$	
Subtract amount payable by Applicant from amount payable by Respondent to calculate amount claimed.				= \$	

**4.  Shared custody / Shared parenting time**

The child(ren) live(s) with each of us at least 40% of the time during the year. Our custody/parenting arrangements are in the attached custody/parenting order or agreement, or as follows: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Additional page(s) attached

I ask to pay child support of \$\_\_\_\_\_ per month for the following child(ren):

Name (First Middle Last)	Date of Birth (MM/DD/YYYY)
1.	
2.	
3.	
4.	

**5.  My income is over \$150,000 per year.**

My income is \$\_\_\_\_\_. I ask to pay child support in the amount of \$\_\_\_\_\_ per month instead of the table amount based on the following: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Additional page(s) attached

This document is attached to and forms part of the evidence in my support variation application.

\_\_\_\_\_  
 (Signature of Applicant)

**DEMANDE POUR PAYER UN MONTANT DE PENSION ALIMENTAIRE POUR ENFANT DIFFÉRENT DU MONTANT PRÉVU DANS LA TABLE DES LIGNES DIRECTRICES**

**Formule G**

**Je demande l'autorisation de verser une pension alimentaire pour enfant d'un montant différent de celui prévu dans la table des lignes directrices sur les aliments pour enfant. Ma demande est fondée sur les renseignements inscrits ci-dessous. Les documents à l'appui de chaque demande sont joints.**

**1.  Demande pour difficultés excessives**

Je demande au tribunal de déclarer que si le montant prévu dans la table des lignes directrices sur les aliments pour enfant est ordonné, le ou les enfants nommés dans la présente demande ou moi subissons des difficultés excessives pour les raisons énumérées ci-dessous et que le niveau de vie des membres de mon ménage sera ou pourrait être plus bas que celui de l'autre parent.

Je demande de payer une pension alimentaire pour enfant de \_\_\_\_\_ \$ par mois. Les documents à l'appui de chaque demande sont joints. Le montant de pension alimentaire pour enfant prévu dans la table des lignes directrices sur les aliments pour enfant entraînerait des difficultés excessives pour le ou les enfants ou pour moi, pour les raisons indiquées ci-dessous :

- J'ai des dettes importantes. Ces dettes ont été contractées pour subvenir aux besoins de notre famille avant notre séparation ou découlent de dépenses engagées afin de gagner un revenu.
- Les dépenses relatives à l'exercice de mon droit d'accès à l'enfant ou aux enfants sont exceptionnellement élevées.
- J'ai l'obligation légale de subvenir aux besoins d'un autre enfant ou d'un adulte. Cette responsabilité figure dans un jugement, une ordonnance ou un accord écrit. Je joins à la présente demande une copie de ce document.
- J'ai l'obligation légale de subvenir aux besoins d'un ou de plusieurs enfants autres que celui ou ceux qui sont nommés dans cette demande. Le ou les enfants ne sont pas majeurs ou, s'ils le sont, ne sont pas capables de subvenir à leurs besoins en raison d'une maladie, d'un handicap ou d'une autre raison.

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)	Date de naissance (aaaa/mm/jj)
1.	
2.	
3.	
4.	

- J'ai l'obligation légale de subvenir aux besoins d'une personne qui n'est pas capable de prendre soin d'elle-même en raison d'une maladie ou d'un handicap.

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)	Lien de parenté

- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

- Détails relatifs aux sélections effectués ci-dessus : \_\_\_\_\_

- Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

**2.  Enfant majeur**

Le ou les enfants nommés ci-dessous sont majeurs et n'ont pas besoin du montant de pension alimentaire pour enfant prévu dans la table des lignes directrices sur les aliments pour enfant.

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Raisons et documentation pour chaque enfant	Montant pour chaque enfant
1.			
2.			\$
3.			\$
4.			\$
<b>Total</b>			<b>\$</b>

**3.  Garde exclusive / temps parental exclusif**

Nous avons plusieurs enfants dont au moins un demeure avec chacun de nous. Les modalités de garde / de temps parental figurent dans l'ordonnance ou l'accord de garde / parental ci-joint ou sont précisées ci-dessous :

---



---



---

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

Je demande de payer une pension alimentaire pour enfant de \_\_\_\_\_ \$ par mois pour subvenir aux besoins du ou des enfants qui demeurent avec le défendeur. Ma demande est fondée sur les calculs suivants :

	Revenu total (connu ou attribué selon la formule F)	Nombre d'enfants	Montant de la table des lignes directrices pour la prov. / le terr. de résidence	Montant à payer	Nom du ou des enfants
Défendeur				\$	
Requérant				- \$	
Soustraire le montant à payer par le requérant du montant à payer par le défendeur afin de calculer le montant demandé.				= \$	

**4.  Garde partagée / temps parental partagé**

Le ou les enfants demeurent avec chacun de nous au moins 40% du temps durant l'année. Les modalités de garde / de temps parental sont prévues dans l'ordonnance ou l'accord de garde / parental ci-joint, ou sont précisées ci-dessous :

---



---



---

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)



Je demande de payer une pension alimentaire pour enfant de \_\_\_\_\_ \$ par mois pour le ou les enfants suivants :

1. Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)	Date de naissance (aaaa/mm/jj)
2.	
3.	
4.	

5.  **Mon revenu est supérieur à 150 000 \$ par année.**

Mon revenu est de \_\_\_\_\_ \$. Je demande de payer une pension alimentaire pour enfant de \_\_\_\_\_ \$ par mois plutôt que le montant prévu dans la table des lignes directrices sur les aliments pour enfant pour les raisons suivantes :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

Je joins le présent document à ma demande de modification d'une ordonnance alimentaire. Il fait partie des éléments de preuve présentés à l'appui de cette demande.

\_\_\_\_\_

(Signature du requérant)

**SUPPORT FOR  
CLAIMANT/APPLICANT****Form H****1. Application for support for myself (amount and date)**

- I am the Claimant/Applicant and ask for support for myself. I ask the court to order support of \$\_\_\_\_\_ per month starting as of \_\_\_\_\_ (MM/DD/YYYY). A Financial Information (Form I) is included in my application.
- The Respondent agreed to pay support for me of (monthly or other amount): \$\_\_\_\_\_ and has not paid the whole amount. There is now unpaid support of \$\_\_\_\_\_ owing.
- Written Agreement (attach)
- Verbal agreement
- Other
- Retroactive commencement date** (if you have asked for support to start on a date earlier than the date of your application, explain why your application was not made earlier)

---



---



---

Additional page(s) attached

**2. Facts about my claim (complete all that apply and add additional documents as necessary)**

My application is based on the following facts:

My date of birth is (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_

I claim support from the Respondent based on the following grounds:

---



---



---

Additional page(s) attached

- I am an adult child seeking support from a parent. I have completed and attached Form J based on my circumstances as the Respondent's child instead of completing the rest of this Form H.

I have attached an excerpt of the law that says I am entitled as an adult child to claim support from a parent.

- The Respondent and I were married to each other.

- The Respondent and I were not married to each other but we were in a registered relationship with legal rights and obligations according to: \_\_\_\_\_

(Specify the law under which your relationship was registered.)

- The Respondent and I were not married but we lived together as a couple.

Our relationship was not registered but I believe I am entitled to claim support from the Respondent according to: \_\_\_\_\_

(Specify the laws that say you are entitled to claim support. You may be entitled under the laws of your province or territory or under the law of another province, territory, or country or under the law of more than one place. You may need to seek legal advice about this.)

\_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
Start date of relationship (MM/DD/YYYY)                      End of relationship (MM/DD/YYYY)

The last place we lived as a couple before separation is: \_\_\_\_\_  
(Specify city/town, province, territory or state and country.)

During the time we lived together, we lived in the following places:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Specify city/town, province, territory or state, and country.)

During the time we were together, we separated for a total of \_\_\_\_\_ because:  
(years, months)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

The Respondent and I lived together for a total of \_\_\_\_\_.  
(total time in years and months)

My marital status is:  Separated  Divorced  Married  Common-law  Single  Other: \_\_\_\_\_

The Respondent and I did not have any children together.

The Respondent and I have the following children together:

Name (First Middle Last)	Date of Birth (MM/DD/YYYY)
1.	
2.	
3.	
4.	

(If there is a child support order/agreement about any of the above child(ren), attach it.)

Additional page(s) attached

There were children from a previous relationship living with the Respondent and me:  Yes  No

Name (First Middle Last)	Date of Birth (MM/DD/YYYY)
1.	
2.	
3.	
4.	

(Attach an additional page if more than 4 children.)

Additional page(s) attached

Identify each child and whose child(ren) they are and the percentage of time that they were with you and the Respondent.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Additional page(s) attached

The following children are living with me:

Name (First Middle Last)	Date of Birth (MM/DD/YYYY)
1.	
2.	
3.	
4.	

(Attach an additional page if more than 4 children.)

Date youngest child will start full-time schooling:

Name (First Middle Last)	Date (MM/DD/YYYY)

Date youngest child is expected to complete high school:

Name (First Middle Last)	Date (MM/DD/YYYY)

The following children are living with the Respondent:

Name (First Middle Last)	Date of Birth (MM/DD/YYYY)
1.	
2.	
3.	
4.	

(Attach an additional page if more than 4 children.)

### 3. My education

The last grade I finished in school (before post-secondary school):

Level	Year Completed

College/University level or year completed:

Program and Level	Year Completed

Other training/certificate/diploma received:

Level	Year Completed

**4. My work experience**

A. While with the Respondent:

I did not work for pay while the Respondent and I were together. (If this statement applies, mark the box with an X, and go to Section 4.B.)

During the time the Respondent and I were together, I worked for pay for a total of \_\_\_\_\_ (years, months)

I have attached work history list with dates, employment, and monthly pay.

My usual employment (occupation) was:

\_\_\_\_\_

I also worked as (other occupations):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Additional page(s) attached

If part-time, I worked an average of \_\_\_\_\_ hours per month.

I worked less than full time, or did not work for pay, because (**identify all reasons and time periods below**):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Additional page(s) attached

B. Since the Respondent and I separated:

I have not worked for pay at all or I work for pay and am unable to meet my needs because:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Additional page(s) attached

I have worked. I have attached a list of my work history, including the dates of each employment and monthly pay.

I have taken the following steps to improve my ability to support myself (list the courses, job training, education, re-location, etc.):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Additional page(s) attached

**5. Medical**

- I am not able to fully support myself because of a medical condition, disability, or special need that keeps me from working:
- I am only able to work less than full-time hours.
  - I am not able to work at all.

Condition/Special Need

---



---



---

(Attach documents or doctor's letter giving details.)

- I am not able to fully support myself because a child or other person has a medical condition, disability, or special need that keeps me from working:
- I am only able to work less than full-time hours.
  - I am not able to work at all.

Name of person:

---

Relationship to me:

---

Condition/Special Need:

---

(Attach documents or doctor's letter giving details.)

**6. The present and the future**

- As of the date of this application, I am:

Not working.

Working full time. \_\_\_\_\_  
(Occupation, monthly income)

Working part-time. \_\_\_\_\_  
(Occupation, monthly income)

Looking for work (attach job search list).

Going to school. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(List the type of course, how long, where.)

- Receiving income or financial assistance from the following other source(s) (for example, social assistance, government pension, other disability, or family assistance), explain:
- 

(Indicate the monthly amounts received, for how long, expected amounts to be received in future.)

- My other sources of income are (monthly) **(check any that apply)**:
  - Rental of space/apartment in my home
  - Investment income (savings, GICs, bonds, property)
  - Support from a present spouse or other former spouse (attach order or agreement)
  - Other (attach pages giving details)

- Compared to the time the Respondent and I were together, my standard of living has changed. (Please explain below why your standard of living is now better or worse than it was when living with the Respondent.)

---

---

---

---

---

Additional page(s) attached

- I plan to make myself self-supporting by **(check any that apply)**:
  - Going to school to complete high school
  - Going to school to obtain a certificate/diploma/degree
  - Apprenticeship or vocational training
  - Obtaining employment

A. Details of my plan include (List name of course, where offered, length of time it takes, whether full or part time, costs, and results to be achieved. If the training/course has a brochure or curriculum, attach it.)

---

---

---

---

Additional page(s) attached

B. I expect when my plan is completed, my standard of living will change. (Please explain below why your standard of living will be better or worse once your plan is completed.)

---

---

---

---

Additional page(s) attached

- I will not be able to become self-supporting because: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Additional page(s) attached

This document is attached to and forms part of the evidence in my support/support variation application.

\_\_\_\_\_  
(Signature of Claimant/Applicant)

**PENSION ALIMENTAIRE POUR  
LE DEMANDEUR / REQUÉRANT****Formule H****1. Demande de pension alimentaire pour moi-même (montant et date)**

- Moi, le demandeur / requérant, demande au tribunal de rendre une ordonnance alimentaire pour moi-même de \_\_\_\_\_ \$ par mois à compter du \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj). Je joins ma déclaration financière (formule I) à la présente demande.
- Le défendeur a accepté de me verser une pension alimentaire de \_\_\_\_\_ \$ (par mois ou selon une autre périodicité) et ne l'a pas fait. Il reste une somme impayée de \_\_\_\_\_ \$.
- Accord écrit (veuillez le joindre à votre demande)
- Accord verbal
- Autre
- Date de début antérieure à la demande** (Si vous demandez que la pension alimentaire soit versée à compter d'une date antérieure à la date à laquelle vous faites votre demande, expliquez pourquoi votre demande n'a pas été présentée plus tôt.)

---



---



---

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

**2. Faits au sujet de ma demande (veuillez fournir tous les renseignements qui s'appliquent et joindre à votre demande tout autre document pertinent)**

Ma demande est fondée sur les faits suivants :

Ma date de naissance est le (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

Je demande une pension alimentaire du défendeur pour les motifs suivants :

---



---



---

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

- Moi, le demandeur / requérant, je suis un enfant majeur et je demande une pension alimentaire à l'un de mes parents. Étant donné ma situation en tant qu'enfant du défendeur, j'ai rempli la formule J, ci-jointe, plutôt que de remplir le reste de la présente formule.
- Je joins à la présente demande un extrait de la loi qui prévoit que j'ai le droit, en tant qu'enfant majeur, de demander une pension alimentaire à l'un de mes parents.
- Le défendeur et moi avons été mariés.
- Le défendeur et moi n'avons pas été mariés, mais nous avons vécu dans une relation enregistrée, avec les droits et les obligations prévus par : \_\_\_\_\_  
(Veuillez préciser la loi aux termes de laquelle votre union a été enregistrée.)
- Le défendeur et moi n'avons pas été mariés, mais nous avons vécu en couple. Notre relation n'a pas été enregistrée, mais je crois avoir le droit de demander une pension alimentaire de lui en vertu de \_\_\_\_\_



(Veuillez préciser les lois en vertu desquelles vous avez le droit de demander une pension alimentaire. Ce droit peut découler des lois de votre province ou territoire ou en vertu des lois d'une autre province, d'un autre territoire ou d'un autre pays, ou encore en vertu des lois de plus d'un endroit. Vous pourriez avoir besoin de conseils juridiques à cet égard.)

\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Date du début de la relation (aaaa/mm/jj) Date de fin de la relation (aaaa/mm/jj)

Le dernier endroit où nous avons vécu en couple avant la séparation est :

\_\_\_\_\_  
(Veuillez préciser la ville, la province / le territoire ou l'État et le pays.)

Pendant la période où nous avons vécu en couple, nous avons vécu aux endroits suivants :

\_\_\_\_\_  
(Veuillez préciser la ville, la province / le territoire ou l'État et le pays.)

Pendant la période où nous étions ensemble, nous nous sommes séparés pendant une période totale de \_\_\_\_\_ (années, mois) en raison de :

Le défendeur et moi avons vécu ensemble pendant une période totale de :

\_\_\_\_\_  
(Veuillez préciser le temps total de vie commune, en années et en mois.)

Mon état civil est le suivant :  Séparé  Divorcé  Marié  Conjoint de fait  Célibataire  Autre :

Le défendeur et moi n'avons pas eu d'enfants ensemble.

Le défendeur et moi avons eu le ou les enfants suivants ensemble :

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)	Date de naissance (aaaa/mm/jj)
1.	
2.	
3.	
4.	

(Veuillez joindre à la présente demande tout accord / ordonnance de pension alimentaire, s'il y a lieu.)

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

Des enfants d'une relation précédente vivaient avec le défendeur et moi.  Oui  Non

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)	Date de naissance (aaaa/mm/jj)
1.	
2.	
3.	
4.	

(Veuillez annexer des pages supplémentaires s'il y a plus de quatre enfants.)

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

Veuillez nommer chaque enfant et indiquer qui en sont les parents ainsi que le pourcentage de temps pendant lequel ils étaient avec vous et le défendeur.

---



---



---



---



---

 Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

Les enfants suivants vivent avec moi :

	Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)	Date de naissance (aaaa/mm/jj)
1.		
2.		
3.		
4.		

(Veuillez annexer des pages supplémentaires s'il y a plus de quatre enfants.)

Date à laquelle le plus jeune enfant commencera l'école à temps plein :

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)	Date (aaaa/mm/jj)

Date à laquelle le plus jeune enfant est censé terminer ses études secondaires :

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)	Date (aaaa/mm/jj)

Les enfants suivants vivent avec le défendeur :

	Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)	Date de naissance (aaaa/mm/jj)
1.		
2.		
3.		
4.		

(Veuillez annexer des pages supplémentaires s'il y a plus de quatre enfants.)

### 3. Mes études

Ma dernière année d'études terminée (avant les études postsecondaires) :

Niveau	Année terminée :

Année ou niveau terminés au collège / à l'université :

Programme d'études et niveau	Année terminée :

Autre formation / certificat / diplôme obtenu :

Niveau	Année terminée :

#### 4. Mon expérience de travail

A. Pendant que le défendeur et moi étions en couple :

- Je n'ai pas occupé d'emploi rémunéré. (Si cet énoncé s'applique à votre cas, cochez la case et passez à la section 4B.)
- J'ai occupé un emploi rémunéré pendant un total de \_\_\_\_\_ (années, mois).
- Je joins à la présente demande la liste de mes antécédents de travail avec les dates, les emplois et le salaire mensuel que je gagnais.

Mon emploi (poste) habituel était :

---

J'ai également travaillé à titre de (autres postes) :

---



---



---

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

- Il s'agissait d'un emploi à temps partiel; j'ai travaillé \_\_\_\_\_ heures par mois en moyenne.

- Je n'ai pas travaillé à temps plein ou je n'ai pas eu d'emploi rémunéré parce que (**indiquez toutes les raisons et toutes les périodes ci-dessous**) :

---



---



---



---

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

B. Depuis que le défendeur et moi sommes séparés :

- Je n'ai pas occupé d'emploi rémunéré ou j'occupe un emploi rémunéré et je suis incapable de subvenir à mes besoins parce que :

---



---



---



---

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

- J'ai occupé un emploi rémunéré. Je joins à la présente demande la liste de mes antécédents de travail avec les dates, les emplois et le salaire mensuel que je gagnais.

- J'ai pris les mesures ci-dessous en vue d'améliorer ma capacité à subvenir à mes besoins (énumérer les cours, la formation professionnelle, la scolarité, la relocalisation, etc.) :

---



---



---



---

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

**5. Raisons médicales**

- Je ne suis pas en mesure de subvenir entièrement à mes besoins en raison de problèmes médicaux, d'un handicap ou de besoins spéciaux qui m'empêchent de travailler.
- Je peux travailler mais pas à temps plein.
  - Je ne peux pas travailler.

Problèmes médicaux / besoins spéciaux :

---

(Veuillez joindre à la présente demande des documents ou une lettre du médecin fournissant une explication détaillée.)

- Je ne suis pas en mesure de subvenir entièrement à mes besoins, car un enfant ou une autre personne a des problèmes médicaux, un handicap ou des besoins spéciaux qui m'empêchent de travailler.
- Je peux travailler mais pas à temps plein.
  - Je ne peux pas travailler.

Nom de la personne :

---

Lien :

---

Problèmes médicaux / besoins spéciaux :

---

(Veuillez joindre à la présente demande des documents ou une lettre du médecin fournissant une explication détaillée.)

**6. Situation actuelle et situation future anticipée**

- À la date de la présente demande :

Je ne travaille pas.

Je travaille à temps plein. \_\_\_\_\_  
(Poste, salaire mensuel)

Je travaille à temps partiel. \_\_\_\_\_  
(Poste, salaire mensuel)

Je cherche un emploi (joignez à la présente demande la liste de vos recherches d'emploi).

Je suis aux études. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Type de programme d'études, durée, emplacement)

- Je reçois des prestations d'aide au revenu ou d'aide sociale de la ou des sources ci-dessous (p. ex. aide sociale, pension du gouvernement, autre prestation d'invalidité ou assistance familiale). Veuillez expliquer :

---



---

(Veuillez indiquer le montant des sommes que vous recevez chaque mois, depuis combien de temps vous les recevez et le montant des sommes que vous vous attendez à recevoir dans l'avenir.)

- Mes autres sources de revenu (mensuel) sont les suivantes (**cochez toutes les cases applicables**) :
- Location d'espace ou de pièces dans ma maison
  - Revenus de placement (épargnes, CPG, obligations, propriété)
  - Pension alimentaire d'un époux actuel ou d'un ancien époux (joignez l'ordonnance ou l'accord)
  - Autre (joignez des détails)

- Comparativement au moment où le défendeur et moi étions en couple, mon niveau de vie a changé. (Expliquez ci-dessous les raisons pour lesquelles votre niveau de vie est meilleur ou pire que ce qu'il était lorsque vous viviez avec le défendeur.

---



---



---

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

- Je prévois subvenir moi-même à mes besoins en (**cochez toutes les cases applicables**) :
- Retournant à l'école pour terminer mes études de niveau secondaire
  - Retournant aux études pour obtenir un certificat, un diplôme ou un grade
  - Suivant un programme d'apprentissage ou une formation professionnelle
  - Obtenant un emploi

A. Voici des précisions sur mon plan (inscrivez le nom du programme, l'endroit où il est offert, sa durée, une indication à savoir s'il est offert à temps plein ou à temps partiel, les coûts et les résultats attendus; s'il existe un dépliant ou un programme sur la formation ou le cours, veuillez le joindre à la formule) :

---



---



---

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

B. Je prévois que mon niveau de vie changera lorsque mon plan aura été réalisé. (Expliquez ci-dessous les raisons pour lesquelles votre niveau de vie sera meilleur ou pire lorsque votre plan aura été réalisé.)

---



---



---

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

- Je ne serai pas en mesure de subvenir moi-même à mes besoins, parce que :

---



---



---

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

Je joins le présent document à ma demande d'ordonnance alimentaire / demande de modification d'une ordonnance alimentaire. Il fait partie des éléments de preuve présentés à l'appui de cette demande.

\_\_\_\_\_  
(Signature du demandeur / requérant)

**FINANCIAL  
INFORMATION****Form I****1. My information**

Name of the person completing this Form (First Middle Last): \_\_\_\_\_

Date this Form was completed (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_

**2. My financial circumstances**

My total annual income (before tax and other deductions) for the current year will be approximately \$\_\_\_\_\_. Proof of my income for the current year is provided below. I have included:

- details of the income sources checked below including supporting documents for each source of income identified (including start and end dates); **and**
- the three most recent statements of earnings or income (pay stubs) for each source of income identified.

Current year (_____)	Start Date	End Date	Year to Date Income
<input type="checkbox"/> I am an employee. I have attached statements showing my total earnings from all employment sources for this year to date, including overtime. If this information is not shown on my pay stubs, I have attached a statement(s) or letter(s) from my employer(s) with that information, including my rate of annual pay.	_____ (MM/DD/YYYY)	_____ (MM/DD/YYYY)	\$ _____
<input type="checkbox"/> I am receiving Worker's Compensation benefits. My three most recent WC benefits statements are attached.	_____ (MM/DD/YYYY)	_____ (MM/DD/YYYY)	\$ _____
<input type="checkbox"/> I am receiving Employment Insurance benefits. My three most recent EI benefits statements are attached.	_____ (MM/DD/YYYY)	_____ (MM/DD/YYYY)	\$ _____
<input type="checkbox"/> I am receiving Social or Income Assistance. I have attached a statement showing the amount I received.	_____ (MM/DD/YYYY)	_____ (MM/DD/YYYY)	\$ _____
<input type="checkbox"/> I am receiving Disability insurance. I have attached a statement showing the amount I received.	_____ (MM/DD/YYYY)	_____ (MM/DD/YYYY)	\$ _____
<input type="checkbox"/> I am self-employed.	_____ (MM/DD/YYYY)	_____ (MM/DD/YYYY)	\$ _____
<input type="checkbox"/> I have attached the financial statements for the three most recent taxation years of my business or professional practice, other than a partnership, and a statement showing a breakdown of salaries, wages, management fees, or other payments or benefits paid to, or on behalf of, persons or corporations with whom I do not deal at arm's length.			

I am the beneficiary under a trust. \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
(MM/DD/YYYY) (MM/DD/YYYY)

I have attached the trust settlement agreement and the trust’s three most recent financial statements are attached.

I am a partner in a partnership. \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
(MM/DD/YYYY) (MM/DD/YYYY)

I have attached confirmation of my income including my draw from, and any capital in, the partnership for its three most recent taxation years.

I control a corporation. \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
(MM/DD/YYYY) (MM/DD/YYYY)

I have attached the financial statements of the corporation and its subsidiaries for the three most recent taxation years and a statement showing a breakdown of salaries, wages, management fees, or other payments or benefits paid to, or on behalf of, persons or corporations with which the corporation, and every related corporation, does not deal at arm’s length, for the three most recent taxation years.

I have made an assignment in bankruptcy and have attached documents relating to my bankruptcy.

Other (specify) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Additional page(s) attached

I am unable to provide supporting documentation for any or all of the above income sources. The explanation for this is:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Additional page(s) attached

All or part of my income is not subject to income tax (amount exempt and reason):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Additional page(s) attached

**3. Proof of my previous income**

I have attached the following information:

- a complete copy of my filed income tax return for the last three years; **or**
- an explanation (on a separate page) detailing why all documents have not been included.

**First previous tax year** (\_\_\_\_\_)

- I have attached a complete copy of my filed income tax return and a copy of my notice of assessment (and re-assessment, if appropriate).
- I have NOT attached a complete copy of my filed income tax return and a copy of my notice of assessment (and re-assessment, if appropriate). Please provide an explanation why:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Additional page(s) attached

All or part of my income is not subject to income tax (amount exempt and reason):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Additional page(s) attached

**Second previous tax year (\_\_\_\_\_)**

I have attached a complete copy of my filed income tax return and a copy of my notice of assessment (and re-assessment, if appropriate).

I have NOT attached a complete copy of my filed income tax return and a copy of my notice of assessment (and re-assessment, if appropriate). Please provide an explanation why:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Additional page(s) attached

All or part of my income is not subject to income tax (amount exempt and reason):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Additional page(s) attached

**Third previous tax year (\_\_\_\_\_)**

I have attached a complete copy of my filed income tax return and a copy of my notice of assessment (and re-assessment, if appropriate).

I have NOT attached a complete copy of my filed income tax return and a copy of my notice of assessment (and re-assessment, if appropriate). Please provide an explanation why:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Additional page(s) attached

All or part of my income is not subject to income tax (amount exempt and reason):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Additional page(s) attached

**4. Income information for child support guidelines calculation**

Annual income for child support guidelines table amount

- 1. Income (Line 15000 from the most recent tax return): \$ \_\_\_\_\_
- 2. Projected income based on the 3 most recent statements of earnings (pay stub): \$ \_\_\_\_\_

**NOTE:** 'Projected income' means how much money you expect to earn for the entire year, based on what you have earned so far this year.

Annual income for special or extraordinary expenses amount

- 3. Annual income for child support guidelines table amount (tax return) \$ \_\_\_\_\_
- 4. Plus spousal support received from the other parent (if applicable) (+) \$ \_\_\_\_\_
- 5. Minus spousal support paid to the other parent (if applicable) (-) \$ \_\_\_\_\_
- 6. Annual income for special or extraordinary expenses amount (=) \$ \_\_\_\_\_



Projected income for special or extraordinary expenses amount

- 7. Annual income for child support guidelines table amount (pay records)           \$ \_\_\_\_\_
- 8. Plus spousal support received from the other parent (if applicable)           (+) \$ \_\_\_\_\_
- 9. Minus spousal support paid to the other parent (if applicable)               (-) \$ \_\_\_\_\_
- 10. Annual income for special or extraordinary expenses amount               (=) \$ \_\_\_\_\_

**5. Other child support and benefits**

Complete this part if:

- You are claiming support for a child who has reached the age of majority, and/or
- You are claiming an amount different than the child support guidelines table amount.

A.  I receive child support for a child(ren) other than the child(ren) in this application:

Name (First Middle Last)	Date of Birth (MM/DD/YYYY)
1.	
2.	
3.	
4.	

Additional page(s) attached

Annual Amount Received: \$ \_\_\_\_\_

B.  I receive non-taxable benefits, allowances, or amounts. (Example: use of a vehicle, childcare, or room and board. If the benefit is not an amount, include an estimate of the annual value of the benefit.)

Benefits received: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Annual Amount or Estimate: \$ \_\_\_\_\_

**6. Household income**

Complete this part if you are living with another person(s) and:

- You are claiming support for yourself.
- You are making an undue hardship claim.
- You believe the Respondent may make an undue hardship claim.

**The following person or persons reside in this residence and contribute to the household income.**

**NOTE:** Your living/marital relationship is not the issue; it is about sharing household expenses.

**Name of Person #1:** \_\_\_\_\_

- Works at (name of employer, occupation) \_\_\_\_\_
- Earns \$ \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_ (year)
- Pays for about \_\_\_\_\_% of household expenses
- Does not work
- Has no earnings
- Contributes no money to the household expenses
- This person has a child(ren) living in the home with us (name and age of each child).

Name (First Middle Last)	Date of Birth (MM/DD/YYYY)
1.	
2.	
3.	
4.	

Additional page(s) attached

**Name of Person #2:** \_\_\_\_\_

- Works at (name of employer, occupation) \_\_\_\_\_
- Earns \$ \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_ (year)
- Pays for about \_\_\_\_\_% of household expenses
- Does not work
- Has no earnings
- Contributes no money to the household expenses
- This person has a child(ren) living in the home with us (name and age of each child).

Name (First Middle Last)	Date of Birth (MM/DD/YYYY)
1.	
2.	
3.	
4.	

Additional page(s) attached

**7. Assets and Debts**

**NOTE:** As a general rule, it's not necessary to complete this section if you are only seeking table amounts of child support under the child support guidelines and all children named in the application are under the age of majority and the other parent lives in Canada.

**ASSETS**

**Real Estate**

Description of Asset(s) – address, type of property	Your Equity	Market Value
_____		
_____		
_____	\$ _____	\$ _____

**Cars, boats, vehicles**

Description of Asset(s) – year, make, model	Your Equity	Market Value
_____		
_____		
_____	\$ _____	\$ _____

**Pension Plan**

Trustee/administrator of plan, date of valuation	Value
_____	
_____	
_____	\$ _____

**RRSPs**

Financial institution, date of valuation	Value
_____	
_____	
_____	\$ _____

<b>Financial Assets</b>		
Bonds, shares, term deposits, investment certificates, mutual funds – list type, name of financial institution, when purchased	Value	
_____		
_____		
_____		\$ _____
<b>Accounts</b>		
Bank or other accounts – type of account, name of financial institution	Value	
_____		
_____		
_____		\$ _____
<b>Business</b>		
Name of business, address, nature and extent of ownership or interest	Value of Interest	
_____		
_____		
_____		\$ _____
<b>Life Insurance</b>		
Company that issued policy	Cash Value	
_____		
_____		
_____		\$ _____
<b>Debts owed to me</b>		
Description – name of person owing me money, reason for debt, repayment date	Value	
_____		
_____		
_____		\$ _____
<b>Other</b>		
Description of other asset(s)	Value	
_____		
_____		
_____		\$ _____
<b>TOTAL VALUE OF ASSETS</b>		\$ _____

**DEBTS**

<b>Mortgage</b>		
Institution/person holding mortgage	Date of last payment (MM/DD/YYYY)	Balance Owing
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	\$ _____

<b>Credit Cards</b>		
Name/Company issuing card	Date of last payment (MM/DD/YYYY)	Balance Owing
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
<b>Bank/Other</b>		
Financial Institution	Date of last payment (MM/DD/YYYY)	Balance Owing
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
<b>Other Debt</b>		
Description of any other debt(s) you owe	Date of last payment (MM/DD/YYYY)	Balance Owing
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
<b>TOTAL VALUE OF DEBTS \$ _____</b>		

**8. Monthly living expenses**

**NOTE:** As a general rule, it's not necessary to complete this section if you are only seeking table amounts of child support under the child support guidelines and all children named in the application are under the age of majority and the other parent lives in Canada.

My monthly expenses are listed below. These expenses are for me and the following members of my household:

1.	Name (First Middle Last)	Date of Birth (MM/DD/YYYY)
2.		
3.		
4.		

Additional page(s) attached

**NOTE:** If you share an expense with another person, list only the amount that you pay. Convert all expenses to monthly amounts. All amounts provided should be converted into monthly figures (see the Guide for Form E or G) and should be reflective of that actual expense. Should it be necessary to provide an estimate, please identify that line by adding the letters "est".

	<b>Monthly Amount</b>
<b>A. Compulsory Deductions</b>	
Income Tax	\$ _____
Employment Insurance	\$ _____
Canada Pension Plan	\$ _____
Employer pension	\$ _____
Other (specify)	\$ _____
_____	\$ _____
<b>B. Household Expenses</b>	
Groceries & household supplies	\$ _____
Meals outside of the home	\$ _____
Furnishings and equipment	\$ _____
Telephone	\$ _____
Cable service	\$ _____
Laundry & dry cleaning	\$ _____
Newspapers, periodicals	\$ _____
Stationery, computer supplies	\$ _____
Vacation	\$ _____
Pet care	\$ _____
<b>C. Housing (Primary Residence)</b>	
Rent or mortgage	\$ _____
Taxes	\$ _____
Home insurance	\$ _____
Heat	\$ _____
Electricity	\$ _____
Water	\$ _____
House repairs and maintenance	\$ _____
Yard maintenance	\$ _____
Other (specify)	\$ _____
_____	\$ _____
<b>D. Health</b>	
Medical Insurance	\$ _____
Drugs (after insurance)	\$ _____
Dental (after insurance)	\$ _____
Optical (after insurance)	\$ _____
Other (specify)	\$ _____
_____	\$ _____
<b>E. Transportation</b>	
Public transit, taxis, etc.	\$ _____
Car operation	\$ _____
Gas and oil	\$ _____
Insurance & licence	\$ _____
Maintenance	\$ _____
Parking	\$ _____
<b>SUBTOTAL 1 (A+B+C+D+E)</b>	<b>\$ _____</b>
<b>TOTAL</b>	

	<b>Monthly Amount</b>
<b>F. Adult Household Members</b>	
Clothing	\$ _____
Haircare	\$ _____
Toiletries, cosmetics	\$ _____
Education fees, supplies	\$ _____
Entertainment & recreation	\$ _____
Fitness	\$ _____
Insurance	\$ _____
Charitable donations	\$ _____
Gifts to others	\$ _____
Alcohol, tobacco	\$ _____
<b>G. Children</b>	
Child care (regular expense)	\$ _____
Babysitting (occasional)	\$ _____
Clothing	\$ _____
Haircare	\$ _____
Allowances	\$ _____
School fees & supplies	\$ _____
Entertainment & recreation	\$ _____
Insurance	\$ _____
Gifts (toys, books, etc.)	\$ _____
Activities, lessons & supplies	\$ _____
Camp	\$ _____
Gifts to other children	\$ _____
<b>H. Savings for the future</b>	
RRSP	\$ _____
RESP	\$ _____
Other (specify)	\$ _____
_____	\$ _____
<b>I. Debt (other than mortgage)</b>	
_____	\$ _____
_____	\$ _____
<b>J. Lease payments (specify)</b>	
_____	\$ _____
<b>K. Support payments to others</b> (see note below the table):	
_____	\$ _____
<b>L. Reserve for income taxes</b>	
_____	\$ _____
_____	\$ _____
<b>M. Other (specify)</b>	
_____	\$ _____
_____	\$ _____
<b>SUBTOTAL 2 (F+G+H+I+J+K+L+M)</b>	<b>\$ _____</b>
<b>(SUBTOTAL 1 + SUBTOTAL 2)</b>	<b>\$ _____</b>

**NOTE: Support payments to others** (list only persons who are **not** included in this application):

Name (First Middle Last)	Date of Birth (MM/DD/YYYY)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

Additional page(s) attached

**Indicate whether payments are made:**

- Voluntarily  
 Due to a court order or written agreement (attach)

**Indicate whether you deduct payments on your income tax return:**

- Yes  
 No

This document is attached to and forms part of the evidence in my support application/support variation application or response.

\_\_\_\_\_  
 (Signature of the person completing this Form)

**DÉCLARATION FINANCIÈRE****Formule I****1. Mes renseignements**

Je m'appelle : \_\_\_\_\_ (prénom, deuxième prénom, nom de famille)

Date à laquelle j'ai rempli cette formule : \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj)

**2. Ma situation financière :**

Cette année, mon revenu annuel total (avant impôts et autres déductions) sera d'environ \_\_\_\_\_ \$.

Des preuves de mon revenu de cette année sont fournies ci-dessous. J'ai inclus les renseignements et documents suivants :

- des renseignements détaillés sur les sources de revenu cochées ci-dessous, y compris les pièces justificatives pour chaque source indiquée (avec les dates de début et de fin);
- les trois états des gains (talons de chèque de paye) les plus récents pour chaque source de revenu indiquée.

Année courante (_____)	Date de début	Date de fin	Revenu depuis le début de l'année courante
<input type="checkbox"/> Je suis un employé. Je joins au présent document des relevés où figurent mes gains cumulatifs pour toutes mes sources d'emploi, pour l'année en cours, y compris mes primes d'heures supplémentaires. Si mes gains cumulatifs ne figurent pas sur mes talons de chèque de paye, j'y joins aussi une déclaration ou une lettre de mon ou mes employeurs les précisant ainsi que mon taux de rémunération annuel.	_____ (aaaa/mm/jj)	_____ (aaaa/mm/jj)	_____ \$
<input type="checkbox"/> Je reçois des indemnités d'accident du travail. Je joins au présent document mes trois derniers états des prestations versées.	_____ (aaaa/mm/jj)	_____ (aaaa/mm/jj)	_____ \$
<input type="checkbox"/> Je reçois des prestations d'assurance-emploi. Je joins au présent document mes trois derniers états des prestations d'assurance-emploi.	_____ (aaaa/mm/jj)	_____ (aaaa/mm/jj)	_____ \$
<input type="checkbox"/> Je suis prestataire de l'aide sociale ou de l'aide au revenu. Je joins au présent document un relevé indiquant le montant de la somme que je reçois à ce titre.	_____ (aaaa/mm/jj)	_____ (aaaa/mm/jj)	_____ \$
<input type="checkbox"/> Je reçois des prestations d'assurance invalidité. Je joins au présent document un relevé indiquant le montant de la somme que je reçois à ce titre.	_____ (aaaa/mm/jj)	_____ (aaaa/mm/jj)	_____ \$
<input type="checkbox"/> Je travaille à mon propre compte.	_____ (aaaa/mm/jj)	_____ (aaaa/mm/jj)	_____ \$
<input type="checkbox"/> Je joins au présent document les états financiers de mon entreprise ou de ma pratique professionnelle pour chacune des trois dernières années d'imposition, sauf s'il s'agit d'une société de personnes, et un			

relevé de la répartition des salaires, de la rémunération, des frais de gestion ou des autres paiements ou avantages payés à des personnes physiques ou à des compagnies avec qui j'ai un lien de dépendance ou en leur nom.

Je suis bénéficiaire d'une fiducie. \_\_\_\_\_ \$  
(aaaa/mm/jj) (aaaa/mm/jj)

Je joins au présent document une copie de l'acte constitutif de cette fiducie et de ses trois derniers états financiers.

Je suis membre d'une société en nom collectif. \_\_\_\_\_ \$  
(aaaa/mm/jj) (aaaa/mm/jj)

Je joins au présent document une attestation du revenu que j'en ai tiré, des sommes reçues de celle-ci et des fonds que j'y ai investis, pour chacune de ses trois dernières années d'imposition.

Je contrôle une compagnie. \_\_\_\_\_ \$  
(aaaa/mm/jj) (aaaa/mm/jj)

Je joins au présent document les états financiers de cette compagnie et de ses filiales pour chacune des trois dernières années d'imposition et un relevé de la répartition des salaires, de la rémunération, des frais de gestion ou des autres paiements ou avantages payés à des particuliers ou des compagnies avec qui ma compagnie ou ses filiales ont un lien de dépendance, ou en leur nom, pour chacune des trois dernières années d'imposition.

J'ai fait une cession de faillite. Je joins au présent document ceux relatifs à ma faillite.

Autre (précisez) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

Je ne suis pas en mesure de fournir des pièces justificatives pour une ou la totalité des sources de revenu indiquées ci-dessus parce que :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

Mon revenu est exonéré, en totalité ou en partie, d'impôt sur le revenu. (Précisez la partie exonérée et la raison, au besoin.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

### 3. Preuves de mes revenus précédents

Je joins au présent document :

soit une copie complète de mes déclarations de revenus des trois dernières années;

soit une explication détaillée (sur une feuille séparée) des raisons pour lesquelles il manque un ou des documents.



**Première année d'imposition précédente (\_\_\_\_\_)**

Je joins au présent document une copie complète de ma déclaration de revenus et une copie de mon avis de cotisation (et de nouvelle cotisation, le cas échéant).

Je NE joins PAS au présent document de copie complète de ma déclaration de revenus ni de copie de mon avis de cotisation (et de nouvelle cotisation, le cas échéant), parce que :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

Mon revenu est exonéré, en totalité ou en partie, d'impôt sur le revenu. (Précisez la partie exonérée et la raison.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

**Deuxième année d'imposition précédente (\_\_\_\_\_)**

Je joins au présent document une copie complète de ma déclaration de revenus et une copie de mon avis de cotisation (et de nouvelle cotisation, le cas échéant).

Je NE joins PAS au présent document de copie complète de ma déclaration de revenus ni de copie de mon avis de cotisation (et de nouvelle cotisation, le cas échéant), parce que :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

Mon revenu est exonéré, en totalité ou en partie, d'impôt sur le revenu. (Précisez la partie exonérée et la raison.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

**Troisième année d'imposition précédente (\_\_\_\_\_)**

Je joins au présent document une copie complète de ma déclaration de revenus et une copie de mon avis de cotisation (et de nouvelle cotisation, le cas échéant).

Je NE joins PAS au présent document de copie complète de ma déclaration de revenus ni de copie de mon avis de cotisation (et de nouvelle cotisation, le cas échéant), parce que :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

Mon revenu est exonéré, en totalité ou en partie, d'impôt sur le revenu. (Précisez la partie exonérée et la raison.)

\_\_\_\_\_

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

#### 4. Renseignements sur le revenu aux fins du calcul prévu dans les lignes directrices sur les aliments pour enfant

##### Revenu annuel aux fins de la table des lignes directrices sur les aliments pour enfant

1. Revenu total (ligne 15000 de la plus récente déclaration de revenus) : \_\_\_\_\_ \$
2. Revenu envisagé compte tenu des trois derniers états des gains (talons de chèque de paye) : \_\_\_\_\_ \$
- REMARQUE :** « Revenu envisagé » s'entend de la somme d'argent que vous prévoyez gagner au cours de l'année, en fonction de celle que vous avez gagnée jusqu'ici pendant l'année en cours.

##### Revenu annuel aux fins des dépenses spéciales ou extraordinaires

3. Revenu annuel aux fins de table des lignes directrices sur les aliments pour enfant (déclaration de revenus) \_\_\_\_\_ \$
4. Plus le montant de la pension alimentaire pour conjoint reçue de l'autre parent (le cas échéant) (+) \_\_\_\_\_ \$
5. Moins la pension alimentaire pour conjoint versée à l'autre parent (le cas échéant) (-) \_\_\_\_\_ \$
6. Revenu annuel aux fins des dépenses spéciales ou extraordinaires (=) \_\_\_\_\_ \$

##### Revenu envisagé aux fins des dépenses spéciales ou extraordinaires

7. Revenu annuel aux fins de la table des lignes directrices sur les aliments pour enfant (dossiers de paye) \_\_\_\_\_ \$
8. Plus le montant de la pension alimentaire pour conjoint reçue de l'autre parent (le cas échéant) (+) \_\_\_\_\_ \$
9. Moins la pension alimentaire pour conjoint versée à l'autre parent (le cas échéant) (-) \_\_\_\_\_ \$
10. Revenu annuel aux fins des dépenses spéciales ou extraordinaires (=) \_\_\_\_\_ \$

#### 5. Autres pensions alimentaires pour enfant et avantages

Remplissez cette partie si au moins l'une des options suivantes s'appliquent :

- Vous demandez une pension alimentaire à l'égard d'un enfant majeur.
- Vous demandez une pension alimentaire pour enfant d'un montant différent de celui qui est prévu dans la table des lignes directrices sur les aliments pour enfant.
- A.  Je reçois une pension alimentaire à l'égard d'un ou de plusieurs autres enfants que celui ou ceux qui sont visés par la présente demande :

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)	Date de naissance (aaaa/mm/jj)
1.	
2.	
3.	
4.	

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

Montant annuel reçu : \_\_\_\_\_ \$

- B.  Je reçois des avantages, allocations ou sommes non imposables (p. ex. : utilisation d'un véhicule, garde d'enfants, logement et repas). (S'il ne s'agit pas d'une somme d'argent, faites une estimation de la valeur annuelle de l'avantage reçu.)

Avantages reçus : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Valeur annuelle réelle ou estimée : \_\_\_\_\_ \$

## 6. Revenu du ménage

Remplissez cette partie si vous vivez avec toute autre personne et si :

- Vous demandez une pension alimentaire pour vous-même.  
 Vous invoquez des difficultés excessives.  
 Vous croyez que le défendeur pourrait invoquer des difficultés excessives.

**La ou les personnes ci-dessous résident dans cette résidence et contribuent au revenu du ménage.**

**REMARQUE :** On ne cherche ici qu'à déterminer le partage des dépenses du ménage; la nature de votre relation n'importe pas.

**Nom de la 1<sup>re</sup> personne :** \_\_\_\_\_

- Travaille chez (nom de l'employeur, poste) \_\_\_\_\_  
 Gagne \_\_\_\_\_ \$ par \_\_\_\_\_ année  
 Assume environ \_\_\_\_\_ % des dépenses du ménage  
 Ne travaille pas  
 N'a aucun revenu  
 N'assume aucune dépense du ménage  
 A un ou des enfants vivant avec nous (veuillez fournir le nom et l'âge de chaque enfant)

	Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)	Date de naissance (aaaa/mm/jj)
1.		
2.		
3.		
4.		

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

**Nom de la 2<sup>e</sup> personne :** \_\_\_\_\_

- Travaille chez (nom de l'employeur, poste) \_\_\_\_\_  
 Gagne \_\_\_\_\_ \$ par \_\_\_\_\_ année  
 Assume environ \_\_\_\_\_ % des dépenses du ménage  
 Ne travaille pas  
 N'a aucun revenu  
 N'assume aucune dépense du ménage  
 A un ou des enfants vivant avec nous (veuillez fournir le nom et l'âge de chaque enfant)

	Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)	Date de naissance (aaaa/mm/jj)
1.		
2.		
3.		
4.		

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

**7. Mes actifs et dettes**

**REMARQUE :** De façon générale, il n'est pas nécessaire de remplir cette section si vous demandez seulement la pension alimentaire pour enfant prévue dans la table des lignes directrices sur les aliments pour enfant, que tous les enfants nommés dans la demande sont mineurs et que l'autre parent vit au Canada.

**ACTIFS**

## Biens immobiliers

Description de l'actif – adresse, type de propriété :	Valeur nette réelle de ma part	Valeur marchande
_____		
_____		
_____	_____ \$	_____ \$

## Automobiles, bateaux, véhicules

Description de l'actif – année, marque, modèle :	Valeur nette réelle de ma part	Valeur marchande
_____		
_____		
_____	_____ \$	_____ \$

## Régime de pension

Fiduciaire / administrateur du régime, date à laquelle la valeur a été déterminée :	Valeur
_____	
_____	
_____	_____ \$

## REER

Institution financière, date de l'évaluation :	Valeur
_____	
_____	
_____	_____ \$

## Placements :

Obligations, actions, dépôts à terme, certificats de placement, fonds communs de placement – type de placement, nom de l'institution financière, date d'achat :	Valeur
_____	
_____	
_____	_____ \$

## Comptes

Comptes bancaires ou autres comptes – type de compte, nom de l'institution financière :	Valeur
_____	
_____	
_____	_____ \$

<b>Entreprise</b>		
Nom de l'entreprise, adresse, nature, et part ou intérêt détenus :		Valeur de l'intérêt
_____		
_____		
_____		_____ \$
<b>Assurance-vie</b>		
Nom de la compagnie d'assurances ayant émis la police :		Valeur de rachat
_____		
_____		
_____		_____ \$
<b>Créances qui me sont dues</b>		
Description – nom de la personne qui me doit de l'argent, nature de la créance, date de remboursement :		Valeur
_____		
_____		
_____		_____ \$
<b>Autres</b>		
Description de tout autre élément d'actif :		Valeur
_____		
_____		
_____		_____ \$
<b>VALEUR TOTALE DE L'ACTIF</b>		_____ \$

**DETTES**

<b>Emprunt hypothécaire</b>		
Institution prêteuse ou créancier hypothécaire :	Date du dernier versement (aaaa/mm/jj)	Solde dû
_____		
_____		
_____	_____	_____ \$
<b>Cartes de crédit</b>		
Nom / société émettrice :	Date du dernier versement (aaaa/mm/jj)	Solde dû
_____		
_____		
_____	_____	_____ \$

Banque / autre Institution financière :	Date du dernier versement (aaaa/mm/jj)	Solde dû
_____	_____	_____ \$
_____	_____	_____ \$
_____	_____	_____ \$
_____	_____	_____ \$
_____	_____	_____ \$
_____	_____	_____ \$
<b>VALEUR TOTALE DES DETTES</b>		_____ \$

**8. Dépenses mensuelles**

**REMARQUE :** De façon générale, il n'est pas nécessaire de remplir cette section si vous demandez seulement la pension alimentaire pour enfant prévue dans la table des lignes directrices sur les aliments pour enfant, que tous les enfants nommés dans la demande sont mineurs et que l'autre parent vit au Canada.

Mes dépenses mensuelles sont indiquées ci-dessous. Ces dépenses sont pour moi et les personnes ci-dessous qui font partie de mon ménage :

1.	Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)	Date de naissance (aaaa/mm/jj)
2.		
3.		
4.		

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

**REMARQUE :** Si vous partagez une dépense avec une autre personne, indiquez seulement le montant de ce que vous payez. Tous les montants fournis doivent être convertis en montants mensuels (voir le Guide de la formule E ou G) et devraient représenter les montants réels. Si nécessaire, veuillez inclure un montant approximatif et désigner celui-ci au moyen des lettres « approx. ».

	Montant par mois		Montant par mois
<b>A. Retenues obligatoires</b>		<b>F. Membres adultes du ménage</b>	
Impôt sur le revenu	_____ \$	Vêtements	_____ \$
Assurance-emploi	_____ \$	Soins des cheveux	_____ \$
Régime de pensions du Canada	_____ \$	Articles de toilette et cosmétiques	_____ \$
Régime de pensions d'employeur	_____ \$	Frais de scolarité et fournitures	_____ \$
Autre (veuillez préciser)	_____ \$	Divertissements et loisirs	_____ \$
_____	_____ \$	Conditionnement physique	_____ \$
		Assurance	_____ \$
<b>B. Dépenses du ménage</b>		Dons de bienfaisance	_____ \$
Épicerie et produits domestiques	_____ \$	Cadeaux donnés à d'autres personnes	_____ \$
Repas à l'extérieur de la maison	_____ \$	Alcool et tabac	_____ \$
Ameublement et équipement	_____ \$		
Téléphone	_____ \$	<b>G. Enfants</b>	
Câble	_____ \$	Garde d'enfants (dépenses ponctuelles)	_____ \$
Buanderie et nettoyage à sec	_____ \$	Gardiennage d'enfants (occasionnel)	_____ \$
Journaux et publications	_____ \$	Vêtements	_____ \$
Papeterie et fournitures d'informatique	_____ \$	Soins des cheveux	_____ \$
Vacances	_____ \$	Argent de poche	_____ \$
Soins pour animaux domestiques	_____ \$	Frais de scolarité et fournitures	_____ \$
		Divertissements et loisirs	_____ \$
<b>C. Logement (résidence principale)</b>		Assurance	_____ \$
Loyer ou hypothèque	_____ \$	Cadeaux (jouets, livres, etc.)	_____ \$
Impôt / taxes	_____ \$	Activités, leçons et fournitures	_____ \$
Assurance maison	_____ \$	Camp	_____ \$
Chauffage	_____ \$	Cadeaux donnés à d'autres enfants	_____ \$
Électricité	_____ \$		
Eau	_____ \$	<b>H. Épargnes pour l'avenir</b>	
Réparation et entretien de la maison	_____ \$	REER	_____ \$
Entretien de la cour	_____ \$	REEE	_____ \$
Autre (veuillez préciser)	_____ \$	Autre (veuillez préciser)	_____ \$
_____	_____ \$	_____	_____ \$
<b>D. Santé</b>		<b>I. Dettes (à l'exception de l'hypothèque)</b>	
Assurance soins médicaux	_____ \$	_____	_____ \$
Médicaments (après assurance)	_____ \$	_____	_____ \$
Soins dentaires (après assurance)	_____ \$		
Soins optiques (après assurance)	_____ \$	<b>J. Loyers (veuillez préciser)</b>	
Autre (veuillez préciser)	_____ \$	_____	_____ \$
_____	_____ \$		
		<b>K. Pensions alimentaires versées à d'autres personnes (voir la remarque après le tableau ci-dessous) :</b>	
<b>E. Transport</b>		_____	_____ \$
Transport collectif, taxi, etc.	_____ \$		
Automobile	_____ \$	<b>L. Réserve pour impôts sur le revenu</b>	
Essence et huile	_____ \$	_____	_____ \$
Assurance et permis	_____ \$	_____	_____ \$
Entretien	_____ \$		
Stationnement	_____ \$	<b>M. Autre (préciser)</b>	
		_____	_____ \$
		_____	_____ \$
<b>Total partiel 1 (A+B+C+D+E)</b>	<b>_____ \$</b>	<b>Total partiel 2 (F+G+H+I+J+K+L+M)</b>	<b>_____ \$</b>
		<b>TOTAL (Total partiel 1 + Total partiel 2)</b>	<b>_____ \$</b>

\* **REMARQUE : Pensions alimentaires versées à d'autres personnes** (Inscrivez seulement le nom des personnes qui **ne sont pas** visées par la présente demande) :

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)	Date de naissance (aaaa/mm/jj)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

**De quelle façon les paiements sont-ils faits?**

- De façon volontaire
- En application d'une ordonnance ou d'un accord écrit (joindre à ce document)

**Déduisez-vous des paiements dans votre déclaration de revenus?**

- Oui
- Non

Je joins le présent document à ma demande de pension alimentaire / demande de modification d'une ordonnance alimentaire. Il fait partie des éléments de preuve présentés à l'appui de cette demande / réponse.

\_\_\_\_\_  
(Signature de la personne qui remplit la formule)



**CHILD STATUS  
AND FINANCIAL STATEMENT**

**Form J**

*A separate Form is required for each child.*

**1. Child's full name and date of birth**

Name (First Middle Last)	Date of Birth (MM/DD/YYYY)
--------------------------	----------------------------

**2. Details of child's living arrangements**

Indicate where the child lives and/or whether child lives with someone other than a parent, etc.:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Additional page(s) attached

**3. Child's education status (check any that apply). The child:**

- Is attending school and is in grade \_\_\_\_\_.
- Completed grade \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ (year) but did not graduate and is not going to school now.
- Has completed high school and is not planning to attend post-secondary school.
- Has completed high school and plans to attend post-secondary courses starting in: \_\_\_\_\_ (month/year).
- Is taking full-time courses at community college, CEGEP or trade school.
- Is taking part-time courses at community college, CEGEP or trade school.
- Is taking full-time courses at university.
- Is taking part-time courses at university.

**Education Details**

For each item checked above, give details. (If the child is not in school, describe what the child is doing. If planning to attend or attending post-secondary school, list name of school, location, level child is in, length of course or area of study until diploma/degree obtained.)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Additional page(s) attached

**4. Child's financial and employment status (check any that apply). The child:**

- Is not employed.
- Is employed full-time.
- Is employed part-time.
- Has seasonal employment (e.g. summer jobs).
- Has filed an income tax return showing employment income for \_\_\_\_\_ (years).
- Has personal savings of approximately \$\_\_\_\_\_.
- Receives gifts of money each year of approximately \$\_\_\_\_\_.
- Is entitled to funds for education through an RESP or other savings plan held by (name of person(s) who holds the plan, type of plan, value if known)  
 Name: \_\_\_\_\_ Value: \$\_\_\_\_\_.
- Is receiving, or is entitled to receive, government student loans \$\_\_\_\_\_.
- Is receiving educational scholarships in the amount of \$\_\_\_\_\_.
- Has personal income from investments, a trust, or other sources \$\_\_\_\_\_.
- Other (specify): \_\_\_\_\_ \$\_\_\_\_\_

**Employment and income source details**

Provide details for any employment lines checked above. For example, name of employer, child's occupation, approximate wages/salary by hourly rate and monthly or annual income and how long the child has worked for the employer. Also, provide details for any other boxes checked.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Additional page(s) attached

**5. Child’s education-related expenses (check all that apply and attach supporting documents for all expenses claimed)**

- Tuition fees estimated at \$\_\_\_\_\_ per year.
- Text books estimated at \$\_\_\_\_\_ per year.
- Accommodation expenses/residence estimated at \$\_\_\_\_\_ per year.
- Additional expenses estimated at \$\_\_\_\_\_ per year.

**Details of additional education-related expenses**

List any additional expenses directly related to the child’s education:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Additional page(s) attached

**6. Other reasons for the child’s continuing dependence**

If the child has reached the age of majority and is unable to live on their own or support themselves, provide reasons for the continuing dependence, such as illness, disability or other cause.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Additional page(s) attached

**7. Reasons why the child named in the application should no longer be considered a dependant**

Provide details in support of this claim, such as whether the child has reached the age of majority and is not attending a post-secondary institution, or the child is no longer residing with the Respondent.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Additional page(s) attached

**8. I have had no contact with the child since \_\_\_\_\_ (year) and have no knowledge of their  
circumstances since they reached the age of majority.**

This document is attached to and forms part of the evidence in my support application/support variation application.

\_\_\_\_\_

(Signature of Claimant/Applicant)

## STATUT DE L'ENFANT ET DÉCLARATION FINANCIÈRE

### Formule J

*Veillez remplir une formule pour chaque enfant.*

#### 1. Nom complet et date de naissance de l'enfant

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)	Date de naissance (aaaa/mm/jj)
---	--------------------------------

#### 2. Description des conditions de logement de l'enfant

Indiquez où l'enfant habite, s'il habite avec quelqu'un d'autre que l'un de ses parents, etc.

---



---



---



---



---



---



---

Voir pages additionnelles ci-jointe(s)

#### 3. Parcours scolaire (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

**L'enfant :**

- Fréquente l'école et est en \_\_\_\_\_<sup>e</sup> année
- A terminé sa \_\_\_\_\_<sup>e</sup> année en \_\_\_\_\_ (année), mais n'a pas obtenu son diplôme et ne fréquente actuellement aucune école
- A obtenu son diplôme d'études secondaires et ne prévoit pas fréquenter un établissement postsecondaire
- A obtenu son diplôme d'études secondaires et compte entreprendre des études postsecondaires en : \_\_\_\_\_ (mois, année)
- Étudie à temps plein dans un collège communautaire, un cégep ou une école de métiers
- Étudie à temps partiel dans un collège communautaire, un cégep ou une école de métiers
- Étudie à temps plein à l'université
- Étudie à temps partiel à l'université

#### Renseignements détaillés sur les études

Pour chaque case cochée dans la section ci-dessus, fournissez des renseignements détaillés. (Si l'enfant n'est pas aux études, décrivez ce qu'il fait. S'il poursuit ses études au niveau postsecondaire ou compte le faire, inscrivez le nom et l'emplacement de l'établissement, son niveau de scolarité et la durée totale du cours ou du programme d'études visé.)

---



---



---



---



---



---



---

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

**4. Situation financière et d'emploi de l'enfant (cochez toutes les cases qui s'appliquent)**

**L'enfant :**

- N'occupe pas d'emploi
- Occupe un emploi à temps plein
- Occupe un emploi à temps partiel
- A un emploi saisonnier (p.ex. : emplois d'été)
- A produit une déclaration de revenus dans laquelle il déclarait des revenus d'emploi pour les années d'imposition \_\_\_\_\_ (années)
- Détient des épargnes personnelles dont le montant est d'environ \_\_\_\_\_ \$
- Reçoit de l'argent en cadeau chaque année, pour un montant d'environ \_\_\_\_\_ \$
- A le droit de toucher certains fonds destinés à son éducation aux termes d'un REEE ou de tout autre régime d'épargne détenu par (nom du ou des détenteurs du régime, type de régime et valeur du régime si vous les connaissez)  
 Nom: \_\_\_\_\_ Valeur: \_\_\_\_\_ \$
- Est bénéficiaire d'un ou de plusieurs prêts d'études gouvernementaux ou est admissible à en recevoir : \_\_\_\_\_ \$
- Reçoit des bourses d'études d'un montant de \_\_\_\_\_ \$
- A un revenu personnel provenant de placements, d'une fiducie ou d'autres sources de \_\_\_\_\_ \$
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_ \$

**Détails relatifs à l'emploi et aux sources de revenu :**

Veuillez fournir des renseignements détaillés pour chaque case cochée ci-dessus. En ce qui a trait aux emplois, précisez le nom de l'employeur, le poste occupé, le traitement ou salaire approximatif au taux horaire et le revenu mensuel ou annuel ainsi que la durée de l'emploi. Veuillez également fournir des renseignements détaillés pour toute autre case cochée.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

**5. Dépenses liées aux études de l'enfant (veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent et joindre des documents à l'appui pour toutes les dépenses réclamées)**

- Frais de scolarité : \_\_\_\_\_ \$ par année (montant estimatif)
- Manuels de cours : \_\_\_\_\_ \$ par année (montant estimatif)
- Hébergement : \_\_\_\_\_ \$ par année (montant estimatif)
- Dépenses supplémentaires : \_\_\_\_\_ \$ par année (montant estimatif)

**Renseignements sur les dépenses supplémentaires liées aux études**

Dressez la liste des dépenses supplémentaires directement liées aux études de l'enfant.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

**6. Autres raisons pour lesquelles l'enfant est encore une personne à charge**

Si l'enfant est majeur et qu'il ne peut vivre seul ou qu'il ne peut subvenir à ses propres besoins, veuillez en fournir les raisons (p. ex. : une maladie, un handicap ou autre).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

**7. Raisons pour lesquelles l'enfant visé ne devrait plus être considéré comme étant une personne à charge**

Fournissez des renseignements détaillés à l'appui de cette demande; indiquez notamment si l'enfant est majeur, s'il ne fréquente pas d'établissement postsecondaire ou s'il ne demeure plus chez le défendeur.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

**8. Je n'ai eu aucun contact avec l'enfant depuis \_\_\_\_\_ (année) et je ne connais pas sa situation depuis qu'il est majeur.**

Je joins le présent document à ma demande de pension alimentaire / demande de modification d'une ordonnance alimentaire. Il fait partie des éléments de preuve présentés à l'appui de cette demande.

\_\_\_\_\_

(Signature du demandeur / requérant)



**EVIDENCE TO SUPPORT VARIATION OF A SUPPORT ORDER**

**Form K**

1. I ask the court to change (vary) the support order(s) or written agreement(s) between the Respondent and me. I have listed below all order(s) or written agreement(s) and the dates and locations where they were made. (An application to change an order or agreement must be supported by documents to prove the change and the current circumstances.)

Court File Number	Order Date (MM/DD/YYYY)	Court location or city

2. In the order(s) or agreement(s), I am the:

- person required to pay support (the payer), or
- person receiving support (the recipient)

3. I ask the court to:

change the amount of support to be paid for:

- a child or children
- the recipient

Effective: \_\_\_\_\_ (MM/DD/YYYY) (must be the same date as listed on Form A.2 or Form A.4)

end the obligation to pay support for:

- a child or children
- the recipient

Effective: \_\_\_\_\_ (MM/DD/YYYY) (must be the same date as listed on Form A.2 or Form A.4)

4. Applicant’s change in circumstances

There has been a change in my circumstances since the date the order or written agreement was made. Write details of the change, the date of the change and whether the change is temporary or permanent.

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Additional page(s) attached

**5. Child's change in circumstances**

There has been a change in the circumstances of a child(ren) named in the order or written agreement since the date the order or written agreement was made. Specify each child's name and date of birth. Write details of the change, the date of the change and whether the change is temporary or permanent.

Multiple horizontal lines for writing details of the change.

Additional page(s) attached

**6. Respondent's change in circumstances**

There has been a change in the Respondent's circumstances since the date the order or written agreement was made. Write details of the change, the date of the change and whether the change is temporary or permanent.

Multiple horizontal lines for writing details of the change.

Additional page(s) attached

**7. Applicant/Payer’s application to reduce or cancel arrears or change support**

- As of \_\_\_\_\_ (MM/DD/YYYY), the amount of unpaid support (arrears) is \$\_\_\_\_\_. A copy of a statement from the maintenance/support enforcement program is attached.
- I ask to change the amount of support as of \_\_\_\_\_ (MM/DD/YYYY). The following information supports my request.

I have made the following efforts (in the past) to seek a change in support or arrears: (For example, have there been any written requests to the other party or prior court applications?)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Additional page(s) attached

If a retroactive change is requested, explain why an application was not made earlier.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Additional page(s) attached

If the court orders a retroactive change in the amount of support, I ask that the support arrears be changed to show the change in the order.

I have made the following efforts to pay the arrears:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Additional page(s) attached

I will be able to pay any arrears the court orders as follows: (Write the monthly amount available to pay arrears, or other sources of income/assets which could be used to pay arrears.)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Additional page(s) attached

I am not able to pay the arrears or the full amount of arrears because:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Additional page(s) attached



## **PREUVES À L'APPUI D'UNE DEMANDE DE MODIFICATION D'UNE ORDONNANCE ALIMENTAIRE** **Formule K**

- 1. Je demande au tribunal de modifier une ou des ordonnances alimentaires ou un ou des accords écrits qui visent le défendeur et moi. J'ai inscrit tous les renseignements pertinents dans le tableau ci-dessous. (Une telle demande de modification doit être appuyée par des documents contenant des preuves du changement de situation et de la situation actuelle.)**

Numéro du dossier du tribunal	Date de l'ordonnance (aaaa/mm/jj)	Ville ou emplacement du tribunal

- 2. Aux termes de ces ordonnances ou accords, je suis :**

- la personne qui doit payer la pension alimentaire (le débiteur)  
 la personne qui reçoit la pension alimentaire (le créancier)

- 3. Je demande au tribunal :**

- de modifier** le montant de la pension alimentaire à l'égard :

- de l'enfant ou des enfants  
 du créancier

(date d'entrée en vigueur : \_\_\_\_\_ [doit être la même que celle indiquée dans la formule A.2 ou A.4])  
 (aaaa/mm/jj)

- de mettre fin** à mon obligation de verser une pension alimentaire à l'égard :

- de l'enfant ou des enfants  
 du créancier

(date d'entrée en vigueur : \_\_\_\_\_ [doit être la même que celle indiquée dans la formule A.2 ou A.4])  
 (aaaa/mm/jj)

- 4. Changement de situation du requérant**

Ma situation a changé depuis la date de délivrance de l'ordonnance ou de conclusion de l'accord écrit.  
 (Décrivez la nature du changement, y compris la date de ce dernier, et indiquez si celui-ci est temporaire ou permanent.)

---



---



---



---



---



---



---



---



---

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)



**7. Demande du requérant / débiteur en vue de faire réduire ou annuler les arriérés ou modifier la pension alimentaire**

- En date du \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj), le montant de pension alimentaire non versée (arriérés) est de \_\_\_\_\_ \$. Je joins au présent document une copie d'un relevé émis par le programme d'exécution des ordonnances alimentaires.
- Je demande que le montant de la pension alimentaire soit modifié à compter du \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj). Les renseignements ci-après appuient ma demande.

J'ai fait les efforts ci-dessous (dans le passé) pour demander une modification du montant de la pension alimentaire ou des arriérés.

(Par exemple, une demande par écrit a-t-elle été faite à l'autre partie ou d'autres demandes judiciaires ont-elles été entamées?)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

J'ai demandé une modification rétroactive pour les raisons ci-dessous.  
 (Expliquez pourquoi vous n'avez pas présenté de demande plus tôt.)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)



Si le tribunal ordonne la modification rétroactive du montant de la pension alimentaire, je demande que le montant des arriérés soit modifié en conséquence.

J'ai fait les efforts suivants pour payer les arriérés :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

Je serai capable de m'acquitter comme suit de tous arriérés que le tribunal m'ordonnera de payer.  
(Inscrivez le montant mensuel dont vous disposez pour payer les arriérés ou toute autre source de revenu ou tout élément d'actif qui pourraient servir à les payer) :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

Je serai incapable de m'acquitter d'une partie ou de la totalité des arriérés parce que :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

**8. Demande du requérant / créancier en vue de faire modifier l'ordonnance alimentaire**

- En date du \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj), le montant de pension alimentaire non versée (arriérés) est de \_\_\_\_\_\$. Je joins au présent document une copie d'un relevé émis par le programme d'exécution des ordonnances alimentaires.
- Je demande que le montant de la pension alimentaire soit modifié à compter du \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj). Les renseignements ci-après appuient ma demande.
- Si le tribunal ordonne la modification rétroactive du montant de la pension alimentaire, je demande que le montant des arriérés soit modifié en conséquence.

J'ai fait les efforts ci-dessous (dans le passé) pour demander une modification du montant de la pension alimentaire ou des arriérés.

(Par exemple, une demande par écrit a-t-elle été faite à l'autre partie ou d'autres demandes judiciaires ont-elles été entamées?)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Voir page(s) additionnelle(s) ci-jointe(s)

Je joins le présent document à ma demande de modification d'une ordonnance alimentaire. Il fait partie des éléments de preuve présentés à l'appui de cette demande.

\_\_\_\_\_

(Signature du requérant)

**RESPONDENT'S  
RESPONSE TO APPLICATION**

**Form L**

**1. I am:**

- The Respondent
- A person or agency or government with a legal right to participate in this application. My relationship is:

Court File #:
Court Location:
Designated Authority #:

(For office use only)

**2. I have been served with a SUPPORT APPLICATION or SUPPORT VARIATION APPLICATION.  
My address for delivery of documents is:**

**NOTE:** All information contained in this document, including your contact information, could be provided to the other party. If you are concerned about providing your own address, you may provide an alternative address where you can be contacted or served with further documents. You must check the applicable box below.

(First Name)	(Middle Name)	(Last Name)
(Street Address)		(City/Town)
(Province/Territory/State/Country)	(Postal Code/Zip Code)	(Daytime Telephone)
(Cell Phone Number)		
(Mailing Address, if different than street address)	(Fax Number)	(Email Address)

The above is:	<input type="radio"/> my own address <input type="radio"/> c/o my lawyer (Lawyer's name _____) <input type="radio"/> c/o another person (That person's name _____) <input type="radio"/> c/o agency to whom my rights have been assigned (Contact name _____)
---------------	---

**Complete this section if you are being represented by a lawyer.**

(Lawyer's Name)
(Street Address and City/Town)
(Province/Territory/State/Country)
(Postal Code/Zip Code)
(Telephone)
(Mailing Address, if different than street address)

**(Complete either section 3 or 4, as applicable.)****3. I AGREE** with the application and consent to an order being made as requested.

- I agree to an order that I will pay support. My Financial Information (Form I) is attached to this Response, or
- I am the support payer under the order or agreement the Applicant wishes to change. My Financial Information (Form I) is attached to this Response, or
- I am the support recipient under the order or agreement the Applicant wishes to change. My Financial Information (Form I) is attached to this Response, if required.

**OR****4. I DO NOT AGREE** with the application. My reasons for not agreeing are in the attached documents.

- I have also attached the following documents to this Response to explain my reasons for not agreeing to the application:
- Financial Information (Form I) (Required unless you are a support recipient and your financial information is not required to determine the support variation application.)
- Request to Pay Child Support Different from Child Support Guidelines Table Amount (Form G)
- Request for Child Support Different from Child Support Guidelines Table Amount (Form E)
- Special or Extraordinary Expense Claim (Form F) (Use if you are the recipient/Respondent and you do not agree with the payer/Applicant's application to change special expense amounts under the existing order.)
- Child Status and Financial Statement (Form J) (One for each child over the age of majority where you do not agree with the application concerning the support for that child.)
- Other (specify): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. Jurat**

I, \_\_\_\_\_ swear/affirm that the information and facts contained in this response, including the attached forms, are true. I am making this application in good faith.

SWORN/AFFIRMED BEFORE ME

At the Municipality/City/Town of \_\_\_\_\_

In the Province/Territory/State/Country of \_\_\_\_\_

On \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notary Public or other authorized individual\_\_\_\_\_  
Respondent's Signature

\_\_\_\_\_  
Print Name and Title of the authority under which this oath was administered.  
(For example, Commissioner of Oaths. Use Stamp or Seal, if applicable.)

\_\_\_\_\_  
Commission Expiry Date (MM/DD/YYYY) (If applicable)

2023-59

**RÉPONSE DU DÉFENDEUR À LA DEMANDE****Formule L****1. Je suis:**

- le défendeur
- une personne, un organisme ou un gouvernement qui a un droit légal de participer à cette demande. Mon lien est :

Numéro de dossier du tribunal :

Emplacement du tribunal :

Numéro de l'autorité désignée

(Réservé à l'administration)

**2. On m'a signifié une DEMANDE DE PENSION ALIMENTAIRE ou une DEMANDE DE MODIFICATION D'UNE ORDONNANCE ALIMENTAIRE. Mon adresse aux fins de livraison de documents est la suivante :**

**REMARQUE :** Tous les renseignements contenus dans ce document, y compris vos coordonnées, peuvent être communiqués à l'autre partie. Si vous préférez ne pas fournir votre propre adresse, vous pouvez en fournir une autre à laquelle il est possible de communiquer avec vous ou de vous signifier des documents supplémentaires. Veuillez cocher la case appropriée ci-dessous.

(Prénom)	(Deuxième prénom)	(Nom de famille)
----------	-------------------	------------------

(Adresse de voirie)	(Ville)
---------------------	---------

(Province / territoire / État / pays)	(Code postal / code Zip)	(Téléphone de jour)	(Téléphone cellulaire)
---------------------------------------	--------------------------	---------------------	------------------------

(Adresse postale, si différente de l'adresse de voirie)	(Télécopieur)	(Courriel)
---	---------------	------------

J'ai fourni :	<input type="checkbox"/> ma propre adresse <input type="checkbox"/> celle de mon avocat (nom de l'avocat : _____) <input type="checkbox"/> celle d'une autre personne (nom de la personne : _____) <input type="checkbox"/> celle de l'organisme auquel mes droits ont été cédés (nom de la personne-ressource : _____)
---------------	---

**À remplir si un avocat vous représente.**

(Nom de l'avocat)

(Adresse de voirie et ville)

(Province / territoire / État / pays et code postal / code Zip)

(Téléphone)

(Adresse postale, si elle est différente de l'adresse de voirie)

(Veuillez remplir SOIT la section 3, SOIT la section 4, selon le cas.)

3. **J'ACCEPTÉ** la demande telle qu'elle est présentée, je consens à ce qu'une ordonnance soit rendue comme demandé et :

- J'accepte de me soumettre à une ordonnance prévoyant que je verse une pension alimentaire. Ma déclaration financière (formule I) est jointe à cette réponse.
- Je suis la personne qui verse la pension alimentaire en application de l'ordonnance ou de l'accord que le requérant souhaite faire modifier. Ma déclaration financière (formule I) est jointe à cette réponse.
- Je suis la personne qui reçoit la pension alimentaire prévue par l'ordonnance ou l'accord que le requérant souhaite faire modifier. Ma déclaration financière (formule I) est jointe à cette réponse, au besoin.

OU

4. **JE N'ACCEPTÉ PAS** la demande telle qu'elle est présentée. Les raisons de mon refus sont expliquées dans les documents ci-joints.

- Les raisons de mon refus sont expliquées dans les documents ci-joints :
  - Formule I – Déclaration financière (Nécessaire à moins que vous soyez le créancier de la pension alimentaire et que vos renseignements financiers ne soient pas nécessaires afin de rendre une décision relativement à la demande de modification de l'ordonnance alimentaire.)
  - Formule G – Demande pour payer un montant de pension alimentaire pour enfant différent du montant prévu dans la table des lignes directrices
  - Formule E – Demande de pension alimentaire pour enfant différente du montant prévu dans la table des lignes directrices
  - Formule F – Demande de dépenses spéciales ou extraordinaires (À utiliser si vous êtes le créancier / le défendeur et que vous n'acceptez pas la demande de modification du débiteur / requérant visant le montant supplémentaire pour dépenses spéciales accordé en vertu de l'ordonnance existante.)
  - Formule J – Statut de l'enfant et déclaration financière (Une pour chaque enfant majeur faisant l'objet d'une demande relative à la pension alimentaire que vous n'acceptez pas.)
  - Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

### 5. Constat d'assermentation

Moi, \_\_\_\_\_, soussigné(e), je déclare sous serment ou affirme solennellement que les renseignements et les faits contenus dans la présente réponse, y compris dans les formules qui y sont jointes, sont véridiques. Je présente ma réponse de bonne foi.

FAIT SOUS SERMENT OU PAR AFFIRMATION SOLENNELLE DEVANT MOI

Dans la ville / municipalité de \_\_\_\_\_

Dans la province / le territoire / l'État / le pays de / du / de l' \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notaire ou autre personne autorisée

\_\_\_\_\_  
Signature du défendeur

\_\_\_\_\_  
Nom et titre, en lettres moulées, de la personne autorisée devant qui le serment a été fait  
(p. ex. : commissaire à l'assermentation. Utiliser l'estampille ou le sceau, s'il y a lieu.)

\_\_\_\_\_  
Date d'expiration de la commission (aaaa/mm/jj) (s'il y a lieu)

**ADDITIONAL LOCATE INFORMATION**

**Form M**

**Additional Locate Information**  
*(To be completed by the Claimant/Applicant – Do not attach to the Support Application Document.)*  
 The information requested below will be provided to the appropriate authorities for the purpose of locating the respondent and enforcing any support order that may be granted as a result of this application.  
 This form will be sent to the designated authority and/or enforcement agency in the respondent’s jurisdiction and is not intended to form part of the support application or to be provided to the court.

**Respondent’s Information**

(Last Name)	(First Name)	(Middle Names)	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date of Birth (DD/MM/YYYY)
Last name at birth and any previous names (alias)			Person Respondent is Living With (spouse, common-law, or other)	
Mother’s Name at Birth			Father’s Name	
Social Insurance Number	Personal Health Number		Drivers Licence Number	
Last Known Address (Street & Number)			City	
Province/Territory/State			Country	
Postal/Zip Code			Area Code and Home Phone Number	
<input type="checkbox"/> Current or <input type="checkbox"/> Last Known Employer		Usual Occupation (Include Union, and Trade or Professional Organization Membership)		
Work Address (Street & Number)			City	
Province/Territory/State			Country	
Postal/Zip Code			Email Address	
			Area Code and Work Phone Number	
			Area Code and Work Fax Number	

**Respondent’s Description**

Height	Weight	Eye Colour	Complexion	Wears Glasses? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Place of Birth
Visible Distinguishing Marks or Features (Tattoos, Beauty Marks, Scars, etc.)					
<input type="checkbox"/> I have attached a picture of the respondent. The approximate date this picture was taken is ( _____ (DD/MM/YYYY))					
Friends and/or relatives who know where to contact the respondent					
Name	Relation	Address	City	Prov/State	Postal/Zip Code
1.					
2.					
3.					

**Lawyer’s Information**

Lawyer who acted in previous hearing regarding the respondent					
Name			Company		
Address		City	Prov/State	Postal/Zip Code	Telephone

**CONFIDENTIALITY AND PERSONAL INFORMATION PROTECTION NOTICE**

**Personal information transmitted in this document is to be used only for the purposes for which it was gathered or transmitted.  
 Any authority processing the information shall ensure its confidentiality, in accordance with the law of its jurisdiction.**

## RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES SERVANT À LA RECHERCHE D'UNE PERSONNE

### Formule M

*(La présente formule doit être remplie par le demandeur / requérant – ne pas la joindre à la Demande de pension alimentaire.)*

Les renseignements demandés ci-après seront fournis aux autorités appropriées afin de rechercher le défendeur et d'exécuter toute ordonnance alimentaire qui peut être rendue à la suite de la présente demande.

La présente formule sera envoyée à l'autorité désignée et/ou à l'organisme chargé de l'exécution des ordonnances alimentaires de la province, du territoire, de l'État ou du pays du défendeur et n'est pas destinée à faire partie de la Demande de pension alimentaire ni à être fournie au tribunal.

### Renseignements sur le défendeur

(Nom de famille)	(Prénom)	(Deuxième prénom)	Genre <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance (aaaa/mm/jj)
Nom de famille à la naissance et tout autre nom déjà porté (alias)		Personne avec qui vit le défendeur (époux, conjoint de fait ou autre)		
Nom de jeune fille de la mère		Nom du père		
Numéro d'assurance sociale	Numéro d'assurance-maladie		Numéro de permis de conduire	
Dernière adresse connue (rue et numéro)		Ville	Il s'agit de son adresse <input type="checkbox"/> actuelle <input type="checkbox"/> connue au (date) :	
Province / territoire / État	Pays	Code postal / code Zip		Num. de téléphone à la maison (avec indicatif rég.)
<input type="checkbox"/> Employeur actuel	<input type="checkbox"/> Dernier connu	Emploi habituel (préciser à quel syndicat ou association professionnelle le défendeur appartient)		
Adresse au travail (rue et numéro)		Ville	Num. de téléphone au travail (avec indicatif rég.)	
Province / territoire / État	Pays	Code postal / code Zip	Courriel	Num. de télécopieur au travail (avec indicatif rég.)

### Description du défendeur

Taille	Poids	Couleur des yeux	Couleur de la peau	Lunettes? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Lieu de naissance	
Caractéristiques ou marques distinctives et visibles (p. ex. : tatouages, grains de beauté, cicatrices)						
<input type="checkbox"/> Je joins à la présente formule une photo du défendeur. La date approximative à laquelle la photo a été prise est le _____ (aaaa/mm/jj).						
Amis ou parents qui savent où joindre le défendeur :						
Nom	Lien	Adresse	Ville	Prov. / territoire / État	Code postal / code Zip	Téléphone
1.						
2.						
3.						



**Coordonnées de l'avocat**

Avocat qui a représenté le défendeur durant l'audience antérieure				
Nom		Cabinet		
Adresse	Ville	Prov ./ territoire / État	Code postal / code Zip	Téléphone

**AVIS CONCERNANT LA CONFIDENTIALITÉ ET LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Les renseignements personnels contenus dans le présent document ne peuvent être utilisés qu'aux fins pour lesquelles ils ont été recueillis ou communiqués. Toute autorité qui traite ces renseignements doit en assurer la confidentialité, conformément aux lois applicables sur son territoire.

2023-59

KING'S PRINTER FOR NEW BRUNSWICK © IMPRIMEUR DU ROI POUR LE NOUVEAU-BRUNSWICK

All rights reserved/Tous droits réservés